

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 312

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

H. RIBEROLLES

Né à Aydat (Puy-de-Dôme), le 21 juillet 1886

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital des Enfants-Malades

EPISODES AIGUS

ET

RÉACTIONS GÉNÉRALES DES COLITES

Chez l'Enfant

Président : HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

215

312

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

H. RIBEROLLES

Né à Aydat (Puy-de-Dôme), le 21 juillet 1886

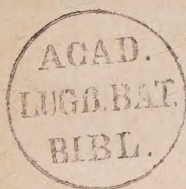
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital des Enfants-Malades

EPISODES AIGUS

ET

RÉACTIONS GÉNÉRALES DES COLITES

Chez l'Enfant



Président : HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en prend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de toute
ma reconnaissance et de ma
profonde affection.*

A MES FRÈRES ET SCEURS

A TOUS LÉS MIENS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique médicale infantile
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Que M. le Professeur Hutinel
nous permette de lui exprimer
notre vive reconnaissance pour
les témoignages de sympathie
qu'il voulut bien nous donner
pendant notre année d'externat,
et pour le grand honneur qu'il
nous a fait de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR CONCHON

*Que mon 'oncle accepte cette
dédicace comme un gage de
ce que ma reconnaissance doit
à son affection si profonde et
à ses conseils si précieux.*

A M. LE DOCTEUR LÉON TIXIER

Chef de laboratoire à la Faculté

*Qui nous a donné le sujet de
notre thèse et nous a prodigué
très amicalement les conseils les
plus précieux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. le Professeur DELBET. — **Stage.**

A M. le Docteur JALAGUIER.

A M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.

A M. le Docteur BARIÉ.

A M. le Professeur agrégé LAUNOIS.

A M. le Docteur GUIBÉ. — **Externat.**

A M. le Professeur agrégé P. DESCOMPS.

A M. le Professeur HUTINEL.

A M. le Docteur FLORAND.

A M. le Professeur BAR. — **Stage d'accouchement.**

A MM. les professeurs agrégés :

NOBÉCOURT, BABONNEIX, P. MERKLEN.

A M. le Docteur CLAUSSE, médecin des hôpitaux.

A M. le Docteur VEAU, chirurgien des hôpitaux.

A MM. les Docteurs BARBIER, DARRÉ, CHIRIÉ, MARCEL
FERRAND, HARVIER, JULES LEMAIRE, MILHIT, MON-
SAINGEON, PAISSEAU, J.-CH. ROUX, SCHREIBER, VOISIN,
chefs de clinique à la Faculté.

EPISODES AIGUS

ET

Réactions générales des Colites

CHEZ L'ENFANT

AVANT-PROPOS

On sait la fréquence de la colite chez l'enfant, aussi pendant l'année d'externat que nous avons passée dans le service de M. le professeur Hutinel à la clinique de l'Hôpital des Enfants-Malades, il ne se passait guère de jour où nous ne l'entendions prononcer ces mots tout en examinant un malade : enfant abattu, extrémités froides et cyanosées, haleine mauvaise, défense musculaire de la paroi abdominale, sensibilité de la fosse iliaque gauche, corde colique, et conclure en disant colite, ou réaction aiguë au cours d'une colite. Cela se passait au lit de malades présentant les symptômes les plus divers.

Quelquefois les élèves du service et nous, peu familiarisés au début avec la pathologie infantile, avons porté le diagnostic d'indigestion simple, d'embarras gastrique fébrile, d'appendicite, voir même de méningite et de fièvre typhoïde et le professeur

Hutinel disait colite. Mais, peu à peu nous nous exercions, et pratiquant un examen plus approfondi et un palper abdominal plus judicieux, nous apprîmes à bien connaître toutes ces réactions. Le traitement, sauf quelques variantes suivant la gravité de tel ou tel symptôme, se résumait toujours dans ces deux indications : diète hydrique et évacuation de l'intestin, aussi nous n'étions pas peu surpris revenant le lendemain prendre notre service, de constater que la température qui la veille dépassait parfois 39 degrés, était descendue à la normale, que l'enfant abattu, triste, anéanti, ou bien agité et convulsé, était assis sur son lit et demandait à manger. Parfois tel enfant, qui vomissait tout même une cuillerée d'eau, pouvait prendre sans inconvénient tous les aliments qu'on lui présentait.

Les colites que nous avons ainsi pu voir sont nombreuses, beaucoup sont intéressantes et présentent des réactions qu'il importe de bien connaître, pour bien les traiter. Quelques-uns de ces enfants entrèrent avec des diagnostics qu'ils rapportaient de consultations prises en ville, et tel enfant amené pour fièvre typhoïde, méningite, convulsions, colique néphrétique était simplement sous le coup d'une crise de colite. Ce sont de ces accidents aigus si fréquents, on peut dire presque la règle chez les enfants atteints de colite, survenant à titre d'épisodes aigus au cours de l'évolution de la maladie, revêtant souvent la même forme chez le même enfant, se répétant parfois avec une périodicité assez régulière,

que nous voulons mettre en relief au cours de cette étude. Ces formes de réactions coliques ont été décrites chez l'adulte en 1910 dans la thèse de L. Marre. Bien que chez celui-ci les aspects de ces réactions aiguës soient fréquents et nombreux ils le sont moins que chez l'enfant, en raison, sans doute, du terrain neuf et de la sensibilité plus grande de ce dernier aux toxi-infections qui sont à l'origine de ces crises aiguës.

Le diagnostic de colite, en présence de syndrômes si variés et si trompeurs, n'est pas toujours facile. Il importe, cependant de le porter d'une façon précoce, d'abord pour enrayer la crise, ensuite pour établir un régime pouvant guérir la cause : la colite, et supprimer les épisodes aigus.

Nous avons consulté les derniers travaux parus sur les colites chez l'enfant, et nous nous sommes inspirés spécialement de ceux qui ont été faits dans le service de M. le professeur Hutinel qui avait été chargé, en collaboration avec M. Nobécourt, de présenter au récent Congrès de médecine de Paris un rapport sur les colites aiguës chez l'enfant. Dans ces derniers temps un certain nombre d'accidents aigus de colite se sont présentés à la clinique, ils ont été l'origine de trois leçons faites par M. Hutinel, leçons qui ont servi de plan et de base à cette étude.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Sous le nom de crises aiguës et de réactions générales d'origine colique, on comprend cet ensemble de troubles morbides, transitoires, répétés, très différents dans leur forme, très variables suivant les sujets, survenant sans cause appréciable chez des enfant atteints de colite.

Si ces crises revêtent presque toujours le même type chez un sujet donné, c'est que chaque malade suivant sa nature, suivant les points faibles ou plus excitables de son organisme réagit d'une façon différente. Dans ce sens, les maladies antérieures, l'hérédité neuro-arthritique surtout, jouent un rôle prépondérant, et tel enfant à « aptitude convulsive », fera des convulsions, de l'épilepsie à l'occasion d'une de ces crises de colite, tel autre à tare héréditaire moins chargée aura des troubles moins graves : changements de caractère, migraines, terreurs et agitation nocturnes.

Dans quelques cas ces réactions sont légères, ce sont de simples débâcles diarrhéiques, ou crises entéralgiques sans autres phénomènes généraux

qu'un peu de dépression et d'anorexie : épisode à peine remarqué que le médecin sera rarement appelé à constater. Mais, dans d'autres cas, ce sont de véritables crises qui prennent l'allure de maladie grave affectant une série d'appareils et donnant naissance à des phénomènes généraux tellement accentués que les troubles intestinaux qui en sont l'origine peuvent passer inaperçus s'ils ne sont recherchés d'une façon systématique ; les enfants se plaignant rarement du mauvais fonctionnement de leur intestin. Ces accidents sont si communs, les formes sous lesquelles ils se présentent sont si variées et si trompeuses qu'il importe de bien les connaître pour savoir porter un diagnostic précis et diriger contre eux le traitement le plus efficace, celui de la colite.

Ces crises apparaissent en général brusquement, à intervalles plus ou moins réguliers, sortes de réveils d'un mal incomplètement éteint. Chez un même malade, ces épisodes aigus procèdent d'un même type, se renouvelant souvent d'une façon périodique, de telle sorte qu'il n'est pas rare de rencontrer des enfants ayant déjà eu huit ou dix crises semblables avec même début et même évolution. Le point de départ colique de ces accidents de formes si différentes est bien démontrée par l'efficacité du traitement de l'état intestinal qui est la véritable pierre de touche de leur origine.

Ces réactions générales de toutes sortes ont été signalées par de nombreux auteurs comme des complications des colites. Rillet et Barthez, dans la pre-

mière édition de leur traité, décrivent des accidents aigus à forme typhoïde, convulsive et méningitique ; de même ils signalent au cours des colites des hydro-pysies diverses, des érythèmes du purpura. Quant à la pathogénie de ces accidents, ils n'en font point une étude spéciale et attribuent les colites à un catarrhe intestinal, « hypersécrétion muqueuse, résultant de l'élimination au moyen de l'appareil folliculaire, des matériaux morbides que contient le sang ».

Potain mentionne au cours des colites chroniques une série de troubles réflexes simulant l'angor pectoris : dyspnée, douleur précordiale, vertiges, tremblement généralisé, qui seraient, dit-il, d'autant plus variables que les lésions sont plus superficielles.

En 1888, Mercier, dans sa thèse, signale des accès de migraine, des vertiges, des cauchemars. Cautru eut le mérite de rapporter les deux premières observations de crises épileptiformes et de chorée compliquant l'entéro-colite muco-membraneuse. Guinon, à son tour, publie dans une étude d'ensemble un certain nombre de cas de colite s'accompagnant de réactions générales et de crises aiguës à forme d'embarras gastrique fébrile, d'appendicite, de fièvre typhoïde, de méningite, il insiste également sur les troubles cutanés : urticaire, érythème polymorphe, purpura ; enfin il note des accidents nerveux : céphalée, vertiges, changements de caractère, convulsions. Ces accidents nerveux ont été l'objet d'une étude très documentée de Mirailhé qui rapporte une série

de cas s'accompagnant de modifications de caractère, de cauchemars et de terreurs nocturnes, de vertiges, de migraines, de convulsions, de méningisme ; tous ces accidents s'atténuent et disparaissent à la suite d'un traitement dirigé contre la colite. Froussard, Giffard, Martingay ont rapporté dans leurs thèses un certain nombre d'observations de ces mêmes accidents.

En 1906, Ausset a attiré l'attention sur la parenté qu'il y avait entre certains vomissements périodiques de l'enfance et l'entéro-colite muco-membraneuse. Ces vomissements ne seraient qu'une sorte d'équivalent de ces crises de colite et surviendraient à la suite d'une intoxication consécutive à une exagération de la constipation. Les mêmes faits ont été rapportés par Mery, Guillemot et Génévrier qui considèrent ces vomissements acétonémiques comme étant le résultat d'une double intoxication, l'une d'origine digestive, l'autre par insuffisance hépatique. L'un d'entre eux a même rapporté le cas d'un enfant qui à la période d'atténuation d'une crise de vomissements paroxystiques présenta peu après une débâcle très fétide et des phénomènes généraux graves qui se terminèrent rapidement par la mort.

Ces réactions générales et ces accidents ont été surtout étudiés par le professeur Hutinel et ses élèves, en particulier M. Nobécourt, dans une série de publications et de leçons cliniques dont on trouvera la longue liste à la bibliographie. Ces travaux sont trop nombreux pour que nous puissions les

citer tous ici, nous mentionnerons cependant spécialement les articles suivants : *Entéro-colites aiguës avec accidents graves chez l'enfant* (choléra sec). *L'anasarque dans les entéro-colites graves des jeunes enfants*. *Colites et fièvre typhoïde chez l'enfant*. *Erythèmes avec syndrome malin dans les maladies infectieuses*.

Chez l'adulte, dans ces dernières années, ces réactions ont été surtout étudiées par M. Mathieu et ses élèves Millon et Marre, dans une série de publications et dans la thèse très intéressante de ce dernier. M. Mathieu, dans une leçon clinique parue dans la *Gazette des Hôpitaux*, a repris tous ces faits et en a apporté de nouveaux dont une observation de syncope suivie de mort au cours d'une colite saturnine.

Chez l'enfant, M. le professeur Hutinel vient de consacrer trois leçons cliniques aux épisodes aigus au cours des colites, ces leçons auxquelles nous avons eu la bonne fortune d'assister, nous serviront de guide dans cette étude. Elles apportent de nouvelles lumières à l'étiologie et à la pathogénie si complexes de cette affection et constituent une véritable mise au point de la clinique de ces crises aiguës, si variées et si trompeuses, qui surviennent chez les jeunes sujets atteints de colite.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La colite est rare dans la première année de la vie. C'est qu'en effet chez le nourrisson les affections gastro-intestinales sont encore peu différenciées ; aussi, les réactions du côlon s'accompagnent-elles presque toujours de celle du tube digestif tout entier. De deux à trois ans les colites augmentent de fréquence et se caractérisent par des phénomènes d'ordre infectieux qui les différencient nettement de celles de l'adulte. Plus l'enfant sera jeune, plus la colite prendra souvent une allure aiguë ou même suraiguë qui traduit sa sensibilité plus grande aux produits toxiques ou infectieux qui naissent dans son intestin et s'y résorbent à l'occasion de son entérite. Peu à peu par une graduation insensible, l'enfant devenant adolescent, ces crises se rapprocheront de celles de l'adulte. Comparant les réactions générales d'origine colique chez l'adulte et chez l'enfant. M. Mathieu dans un article récent, explique ainsi cette sensibilité plus grande de l'enfant : « Chez l'enfant, dit-il, en raison sans doute de la modalité des réactions nerveuses et lymphatiques et de l'insuffisance des vaccinations préalables,

en raison aussi certainement de l'intensité de certaines réactions anaphylactiques, les manifestations générales prennent rapidement une importance prédominante, et souvent une grande gravité. De là les formes hypertoxiques avec fièvre élevée, états typhoïdes, réactions méningées, exanthèmes cutanés... »

Un grand nombre de facteurs interviennent pour expliquer l'étiologie de ces épisodes aigus et de ces réactions générales : étant eux-mêmes très complexes, les facteurs qui les conditionnent sont forcément très nombreux et très variables.

L'hérédité, qui a un rôle important dans l'apparition même de la colite, joue également un rôle très important dans la détermination de la forme des réactions générales que présentera l'enfant ; ainsi les enfants de souche nerveuse auront plus de tendance à présenter des manifestations nerveuses à l'occasion de leur colite.

Cette hérédité peut être similaire, et il arrive souvent que l'un des parents, la mère surtout, peut être atteinte elle-même de colite. On sait combien est fréquente la constipation pendant la grossesse et celle-ci ne doit pas être sans influence sur l'état ultérieur de l'intestin de l'enfant. Dans cet ordre d'idée, Hutinel a rapporté le cas très intéressant d'une femme qui avait été atteinte de *tœnia* pendant sa grossesse et donna le jour à un enfant anémique, maigre, à peau ridée qui présenta rapidement des troubles gastro-intestinaux.

On trouve également une hérédité homologue, et il n'est pas rare de trouver parmi les ascendants ou les frères de l'enfant, diverses manifestations neuro-arthritiques : migraine, goutte, asthme, gravelle, neurasthénie, hystérie.

Le nervosisme, en tant qu'élément prédisposant, joue également un certain rôle, les malades prédisposés aux réactions nerveuses exagérées, étant particulièrement aptes aux intoxications. Mais le nervosisme ne fait que préparer le terrain, il ne crée pas la crise, car tout traitement dirigé contre l'état nerveux est inefficace si en même temps on ne traite pas l'état intestinal. Ces malades ont un point de leur organisme, lieu de moindre résistance qui est prêt à réagir à la moindre intoxication. Aussi, lorsque par un traitement approprié on aura obtenu des selles régulières, supprimé les débâcles et amélioré ou guéri la colite, les crises cessent, montrant bien que le nervosisme n'était qu'une prédisposition de terrain à ces réactions bruyantes, et l'état intestinal, la véritable cause quelque soit d'ailleurs le mécanisme de son action.

Phénomènes vasculaires et reflexes. — Lorsque à la suite d'une constipation prolongée, il se produit une débâcle diarrhéique, il se fait dans le côlon une vaso-dilatation active, une fluxion plus ou moins intense de tous les vaisseaux abdominaux, qui rompt l'équilibre circulatoire. Cette perturbation brusque dans la circulation a été invoquée par plusieurs

auteurs entre autres par Villemin (de Vichy) pour expliquer certains accidents lipothymiques et syncopaux que l'on observe parfois au cours des grandes débâcles diarrhéiques. Dans quelques cas, cette fluxion est assez intense pour qu'on ait pu retrouver dans les matières des globules rouges, et parfois même du sang en proportion assez notable. Ces derniers faits ont été bien étudiés par Triboulet.

La fluxion s'accompagne bientôt d'un trouble sécrétoire, l'épithélium de la muqueuse se modifie et laisse suinter un mucus visqueux et glaireux qui peu à peu se concrète en filaments et en membranes.

La circulation lymphatique est également modifiée, les follicules clos et les plaques de Payer se tuméfient, deviennent saillants, parfois se nécrosent et laissent place à de petites ulcérations. Ce sont ces lésions si frappantes qui ont permis de décrire une entérite folliculaire, tellement dans certains cas elles sont apparentes.

Ces vaisseaux et la muqueuse de l'intestin ne sont pas seuls à réagir chaque fois qu'il y a un accident aigu, les tuniques musculaires se tétanisent et se contractent sur les matières plus ou moins dures, empêchant leur cheminement dans l'intestin. On sent alors à la palpation dans la fosse iliaque gauche un boudin dur qui roule sous le doigt ; et si le côlon transverse et le côlon ascendant sont également contractés, les matières s'accumulent dans le cæcum qui se distend peu à peu. Il n'en est pas toujours ainsi, dans certains cas, au contraire, l'intestin est

mou, flasque, comme frappé d'atonie, donnant au palper la sensation d'un chiffon mouillé.

Cette contracture ou cet atonie sont les causes déterminantes de la constipation qui joue, nous le verrons plus loin, un rôle important dans la genèse des accidents aigus.

Phénomènes toxiques. — La stagnation des matières dans un intestin dont l'épithélium est altéré permet aux poisons intestinaux de passer dans la circulation et de provoquer des phénomènes de toxémie dans l'organisme. Cette action toxique est favorisée par une sorte d'inhibition du foie, des ganglions et des autres organes glandulaires qui, profondément troublés dans leurs fonctions n'exercent plus leur action neutralisante sur les poisons introduits dans la circulation. Dès lors les poisons ne trouvant plus de barrière qui s'oppose à leur diffusion, on assiste à de véritables symptômes d'empoisonnement. Ces troubles fonctionnels et ces phénomènes d'inhibition que l'on observe sont imputables, non seulement à l'action directe des poisons résorbés, mais encore au retentissement par voie reflexe de l'irritation intestinale sur la plupart des autres organes.

Toutes les glandes digestives sont plus ou moins troublées dans leurs fonctions. Le foie est gros et turgescant, ne donnant plus qu'une sécrétion biliaire diminuée ou même abolie. Le pancréas, les glandes salivaires et gastriques n'ont plus qu'une sécrétion

vicieuse. Aussi la digestion est-elle imparfaite, les matières sont décolorées et putrides, en diarrhée liquide et glaireuse, si l'intestin grêle est touché. Souvent l'estomac traduit son intolérance par des vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés, parfois à odeur d'acétone. Son intolérance peut être telle, que même l'ingestion d'une cuillerée d'eau détermine le vomissement.

Cette action à distance ne se borne pas aux seuls organes digestifs, le plexus solaire est excité et traduit son excitation par des phénomènes inquiétants. Le ventre se creuse et se déprime, les extrémités sont froides et cyanosées, il y a des crampes dans les membres, le nez est pincé, les yeux profonds, les traits sont tirés et expriment l'angoisse. En même temps, les malades sont asthéniques et déprimés, sans forces et sans mouvements, le corps parfois couvert de plaques violacées et d'érythèmes divers toxi-infectieux. Dans quelques cas, les surrénales semblent altérées et on assiste au tableau clinique qui rappelle certains syndromes malins de la fièvre typhoïde et de la scarlatine. L'asthénie est complète, la respiration est inégale et suspineuse, le pouls est petit et rapide, la tension artérielle basse, les battements du cœur faibles et irréguliers, quelquefois il y a des vertiges, des lypothinnes et même des syncopes.

La souffrance des centres nerveux se traduit soit par de la somnolence, de l'apathie, soit par des convulsions, de la tétanie, des troubles oculaires qui

font penser à de véritables méningites mais disparaissent sans laisser de traces.

Tous ces symptômes traduisent un véritable empoisonnement de l'économie et la rétention dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien, des déchets de l'organisme dont l'urée est le plus facile à mettre en évidence. Le rein souffre comme les autres organes, les urines sont rares et souvent albumineuses, contenant, en outre, une quantité exagérée d'acide urique, de produits sulfo-conjugués et d'acétone; pour quelques auteurs, cette dernière substance jouerait un rôle important dans la pathogénie de certains accidents, en particulier des vomissements qui accompagnent certaines crises aiguës des colites.

Ainsi ces réactions sont tellement polymorphes que presque tous les organes peuvent être atteints et jouent un rôle dans la genèse de ces accidents aigus qui traduisent la souffrance ou l'altération passagère de leurs fonctions. Mais, tous ces phénomènes d'ordre réflexe, vasculaire ou toxiques ne suffisent pas à eux seuls à déterminer ces accidents aigus; un certain nombre de conditions adjuvantes entrent en jeu pour déterminer leur apparition.

Conditions adjuvantes. — Ces conditions sont nombreuses et souvent combinent et associent leurs effets pour faire apparaître la crise. Après une première atteinte de colite qui souvent a été bénigne, l'enfant reste comme sensibilisé, et les épisodes aigus ultérieurs donneront lieu à des réactions plus

menaçantes et à des infections plus graves. Chez ces enfants ainsi sensibilisés il suffira d'une infection légère, banale, pour que de suite le point faible de leur organisme réagisse, et qu'une colite aiguë se déclare. Une angine banale, un corryza ou une grippe suffiront pour déclencher la crise de colite comme si l'intestin ne demandait qu'une occasion pour s'enflammer.

Dans la genèse de la colite elle-même le rôle des affections de la bouche et du nez qui avait été méconnu a été précisé par Aviragnet, Guinon, Roux et Josserand. C'est qu'en effet les enfants porteurs de stomatites, de rhinites, de végétations adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales, déglutissent sans cesse des mucosités chargées de microbes qui ne demandent qu'une occasion pour pulluler dans l'intestin. De plus ces manifestations traduisent chez ces enfants une susceptibilité spéciale de leur tissu lymphoïde, dont les follicules intestinaux comme ceux du pharynx ne demandent qu'à réagir à la moindre infection. De même, dans les infections générales spécifiques, rougeole, scarlatine, dyptérie, tel enfant qui aura eu déjà des accidents d'entéro-colite sera pris d'une nouvelle crise de colite plus grave encore, parfois avec selles sanglantes. Quant à la fièvre typhoïde, chez les enfants atteints d'entéro-colite, elle donne lieu à des formes trainantes et graves dont quelques auteurs ont rapporté des cas ayant duré l'un cent trois, l'autre quatre-vingt-sept jours. A propos de ces colites au

cours des maladies infectieuses, Hutinel a rapporté le cas suivant qui montrera bien l'importance qu'il y a à connaître et à traiter ces colites :

« Je voyais depuis trois ou quatre ans, avec un de mes anciens internes, un enfant de cinq ans atteint d'entérocolite à rechute qui avait provoqué à plusieurs reprises des manifestes très graves. Un jour il fut atteint de rougeole. Il ne manqua pas à cette occasion de présenter une nouvelle crise intestinale qui, cette fois, prit des allures extrêmement menaçantes. Les selles, glaireuses et, sanglantes contenaient d'innombrables entérocoques ; on eût dit une culture de ce genre. Après plusieurs jours d'inquiétudes et de soins minutieux, nous espérons la guérison et nous commençons à rassurer la famille. C'est alors que les parents nous ayant proposé le collaborat d'un médecin étranger, nous crûmes devoir nous retirer. Le traitement et le régime furent changés : trois jours après l'enfant succombait. »

L'explication de ces cas graves a été donnée par Triboulet. Dans une pneumonie, il peut se faire que la septicémie pneumococcique soit insuffisamment fixée par le parenchyme pulmonaire et qu'il circule du pneumocoque dans le sang ; celui-ci manifestant sa présence dans divers points de l'organisme par des crises abdominales, pseudo-appendiculaires, crises intestinales, otite, etc... De même, quand, dans la rougeole, on voit apparaître des selles diarrhéiques où même d'apparence normale *mais acides*, il faut penser à une infection pneumonique et porter un

pronostic des plus sévères puisque dans les formes avec diarrhée acide, Triboulet a relevé une mortalité de 90 o/o.

La dentition a eu pendant longtemps un rôle considérable dans la genèse de nombreux accidents chez le petit enfant, et dans les familles beaucoup de troubles digestifs lui sont encore attribués. Il semble bien que dans certains cas de réactions coliques les poussées dentaires interviennent pour déclancher la crise ; l'infection buccale légère, la douleur et les troubles de la sécrétion salivaire étant les facteurs de cette influence.

Rôle de la constipation. — Mais de toutes ces causes occasionnelles et adjuvantes, la plus importante est certainement la constipation. Les enfants sont assez fréquemment constipés. En général ils ont eu une alimentation lactée trop exclusive, ou bien ils sont nerveux, de dyspeptiques ou d'entériques, ils sont comme frappés d'une sorte d'atonie digestive. D'autres ont un intestin contourné dont les flexuosités gênent la progression des matières, ou bien encore, un côlon anormalement dilaté.

Les matières dures contenues dans l'intestin irritent par leur présence la muqueuse, leur stagnation rend possible les fermentations des germes anaérobies putréfiants et quelquefois favorise le développement des germes pathogènes. La muqueuse étant modifiée dans sa structure, les produits toxiques ou

putrides peuvent être absorbés et rendre possible par leur diffusion les réactions à distance.

Deux modes d'intoxication peuvent intervenir dans la production de ces réactions ; ils ont été signalés depuis longtemps par Bouchard. Le premier est une intoxication lente qui se produit peu à peu pendant les périodes de constipation. Elle est en général légère, les matières durcies ne laissant transsuder que difficilement les produits toxiques qu'elles renferment. C'est elle qui préparerait l'apparition de la crise par sensibilisation du sujet, intolérance progressive et inhibition du foie. La seconde est une intoxication brusque et massive se produisant au moment du délayage des matières qui précède la débâcle diarrhéique. Cette liquéfaction des matières fécales durcies, dans lesquelles les produits toxiques se sont accumulés, favorisant l'absorption de ces produits en les solubilisant.

Dans certains cas l'élément infectieux s'ajoute à la toxémie, et parfois intervient seul. Il n'est pas rare, en effet, de voir de véritables épidémies de colite, et plusieurs enfants de la même famille présenter des accidents semblables. Hutinel et Guinon ont rapporté le cas d'un enfant au sein, admirablement soigné, qui sans aucune imprudence fait une crise grave d'entéro-colite parce qu'à côté de lui un petit frère de trois ans était en pleine crise de colite.

Infection et toxémie, telle est la cause directe de ces accidents aigus qui apparaissent au cours des colites, mais il faut en rechercher l'origine et c'est

surtout dans les fautes ou les erreurs d'alimentation qu'on la trouve.

Quelquefois la cause est immédiate ; c'est un enfant qui commet une imprudence alimentaire, mange des fruits verts, de la viande avariée, et présente à cette occasion des phénomènes toxi-infectieux plus ou moins graves. Beaucoup plus souvent ce sont des aliments sains en eux-mêmes, mais qui ont été pris en excès, qui déterminent l'entéro-colite. On a incriminé le lait stérilisé, et on a dit que les colites apparaissaient beaucoup plus souvent chez les enfants en ayant fait usage. Cela est peut être vrai, mais la faute n'en est pas au lait stérilisé lui-même, mais bien à la suralimentation qu'il favorise en étant mieux et plus longtemps toléré. L'organisme ne pouvant utiliser tout ce qui est introduit dans le tube digestif, il y a des déchets abondants qui deviennent le siège de fermentations putrides. En outre, le lait stérilisé détermine plus facilement la constipation qui favorise l'apparition de la colite.

L'influence de l'alimentation ne se borne pas là, certains aliments, et il faut ranger le lait au premier rang, déterminent des accidents d'intolérance qui peuvent être très graves, l'organisme s'étant sensibilisé contre eux. L'usage prématuré ou abusif des œufs et de la viande chez des enfants trop jeunes donne lieu aux mêmes accidents.

Tous les aliments qui ne peuvent être digérés et absorbés dans l'intestin laissent une surcharge de déchets qui sous l'influence de causes minimes don-

nent naissance à des substances putrides et toxiques. Les résidus des substances riches en azote, viandes, œufs, poissons donnent des déchets qui sous l'influence des anaérobies se transforment en produits ammoniacaux particulièrement nocifs pour l'organisme. Les féculents sont les mieux tolérés et forment la base de l'alimentation des constipés ; c'est qu'en effet ils se transforment en substances de la série alcoolique : acides lactiques, acétique, formique, etc., qui sont presque des antiseptiques. Cependant il est des enfants qui ne peuvent les supporter, car ils leur donnent une diarrhée intense qui nécessite un traitement spécial.

On comprend que les enfants de la classe riche, trop bien nourris, abusant de la viande surtout, soient plus fréquemment atteints de réactions coliques que les enfants de la classe pauvre. Mais depuis une vingtaine d'années, l'usage de la viande s'est assez répandu pour que les petits malades de l'hôpital soient assez souvent atteints eux aussi de réactions semblables.

Intolérance et anophylaxie. — A côté du rôle direct joué par l'alimentation dans la genèse de ces accidents aigus, il est un fait sur lequel M. Hutinel a beaucoup insisté : c'est l'intolérance pour certains aliments.

« Il est en effet fréquent que l'aliment qui a causé ou entretenu une inflammation du gros intestin soit de plus en plus mal toléré. L'organisme a été sensi-

bilisé par la résorption de ces substances, particulièrement des albumines qu'elles contiennent, résorption qui peut se faire en nature, grâce à l'altération du revêtement épithélial de la muqueuse. »

Ainsi le lait donné trop longtemps ou en trop grande abondance peut déterminer des crises d'entéro-colite; la première indication du traitement sera dans ce cas de supprimer le lait et d'établir la diète hydrique. Parfois l'intolérance sera telle qu'à la première tentative de réalimentation lactée, les accidents réapparaîtront avec la même intensité.

Les œufs, la viande, très rarement les féculents donnent lieu aux mêmes phénomènes d'intolérance. Celle-ci peut être relative et se traduire par des digestions difficiles avec haleine mauvaise, langue chargée et selles fétides, s'accompagnent de temps en temps de petites crises peu graves. Mais d'autres fois on peut voir apparaître brusquement des accidents formidables qui mettent rapidement la vie de l'enfant en danger. Ce sont là de véritables accidents d'anaphylaxie qui se renouvellent dès qu'on essaie d'introduire dans l'alimentation l'aliment contre lequel l'enfant a été sensibilisé. M. Hutinel a rapporté le cas d'un enfant qui pour avoir pris une cuillerée de lait eut dix-sept vomissements dans une nuit. Dans un autre cas, une fillette présenta des accidents extrêmement graves à la suite de l'ingestion d'un œuf.

Cette intolérance conduisant parfois jusqu'aux accidents graves de l'anaphylaxie joue un rôle con-

sidérable dans la genèse des accidents produits par l'alimentation ; cependant, « si intolérance et anaphylaxie ne doivent point être identifiées, elles n'en paraissent pas moins comme deux degrés d'un même état. Entre l'intolérance légère, qui se traduit par une exagération des troubles digestifs, et l'anaphylaxie, qui menace directement la vie, il y a toute une gamme d'états intermédiaires. Certainement l'anaphylaxie n'est pas tout dans la pathogénie des accidents qui éclatent brusquement au cours des colites, mais la place qu'elle occupe me paraît très importante. » (Hutinel.)

Conditions anatomiques. — Parmi les causes adjuvantes qui favorisent ou entretiennent l'irritabilité de l'intestin il faut ranger un certain nombre de conditions anatomiques qui diminuent la résistance de l'intestin en modifiant sa nutrition et en entretenant une sorte de microbisme latent qui ne demande qu'une occasion : exagération de la constipation, écart alimentaire, pour déclancher les accidents.

Parmi ces causes, il faut ranger les flexuosités, les dilatations, l'atonie qui ont déjà été signalées, mais surtout cet état spécial de l'intestin qui a déjà été atteint de colite. « La muqueuse, devenue turgescente et plus vascularisée, se fluxionne facilement ; ses éléments lymphoïdes hypertrophiés, modifiés dans leur structure, sont dans un état de subinflammation habituel qu'entretient la stagnation des

matières irritantes. Dans ces tissus comme dans l'amygdale les irritations répétées déterminent une sorte d'épaississement qu'accompagne un certain degré de microbisme latent ; aussi les fluxions sont-elles plus faciles et plus sérieuses que sur une muqueuse saine. »

Mais de ces conditions anatomiques, qui semblent tenir l'intestin en un état d'éréthisme constant, il en est une, l'appendicite, qui joue un rôle particulièrement intéressant. Ce n'est pas l'appendicite aiguë, mais ces appendicites sournoises se révélant par une sensibilité locale persistante et dans laquelle l'appendice est long, contourné, scléreux, irrégulier dans son calibre. « Ces appendices tarés sont comme une épine irritante qui entretient l'irritabilité de l'intestin et du plexus solaire, de la même façon qu'une dent cariée ou un polype provoquent la souffrance du trijumeau. » Cet état d'appendicite chronique entretient la colite, et tel enfant, qui a des crises coliques répétées, des vomissements acétonémiques, verra ces troubles disparaître si on lui enlève son appendice. Une fois cet organe enlevé les accidents peuvent ne pas céder de suite, mais l'opération permet d'appliquer un traitement plus efficace de la colite. C'est pour cela qu'il faut toujours, chez un enfant atteint de colite à rechutes avec manifestations graves, explorer avec soin la fosse iliaque droite et ne jamais se hâter de conclure que l'appendice n'est pas lésé.

L'état des glandes annexes du tube digestif entre également un peu dans la production de ces accidents

aigus. Il est certain qu'au moment des crises, le foie subit une sorte d'inhibition, la sécrétion biliaire diminue, puis se tarit momentanément pour devenir abondante et profuse ensuite. Il doit sans doute en être ainsi pour les sécrétions gastrique et intestinale, mais le foie joue le rôle le plus important. Chez les entéritiques il traduit son état de souffrance permanent par un teint pâle, subictérique, des selles décolorées et putrides. Le rôle du foie dans certains de ces accidents est des plus importants. On sait quelle est la fonction d'arrêt, et le rôle antitoxique du foie qui retient au passage les poisons venus de l'intestin pour les neutraliser et les rejeter ensuite; le bon fonctionnement du foie est donc intimement lié à la fonction gastro-intestinale, et les lésions de l'un retentissent sur les lésions de l'autre. Chez les enfants atteints de troubles gastro-intestinaux, le foie se trouve atteint de bonne heure, il est fatigué par cet excès de travail que lui donne le mauvais fonctionnement des voies digestives, et pour peu qu'il devienne insuffisant et que la sécrétion biliaire se tarisse, la crise devient imminente. Par suite, cette inhibition du foie retentit à son tour sur l'état des fonctions intestinales, l'activité des diastases pancréatiques est diminuée, les graisses ne sont plus émulsionnées, la putréfaction et la coagulation du mucus ne sont plus empêchées, le péristaltisme intestinal n'est plus excité, et ainsi toute la digestion se trouve entravée et dépravée.

Il se fait ainsi progressivement une sorte de « blocage » du foie qui se traduit par l'innapétence, la stase fécale, l'atonie, l'évacuation intermittente avec complications de dénutrition et d'intoxication qui précèdent et préparent une crise.

Il semble bien aussi que les altérations du pancréas et des capsules surrénales doivent jouer un rôle dans la pathogénie de certains accidents d'origine colique, mais cette place n'est pas encore facile à déterminer.

Il existe une périodicité singulière des crises de l'entéro-colite. Un enfant est constipé, il a la bouche sèche, l'haleine mauvaise. On lui donne un purgatif et on le met au régime, tout rentre dans l'ordre, la crise n'éclate pas. Mais après quelques semaines d'un état excellent, les selles s'espacent, la constipation devient de plus en plus opiniâtre, une nouvelle crise est sur le point d'éclater. Comment expliquer cette périodicité? Un fait est certain, l'enfant s'est chargé de poisons, une sorte d'inhibition progressive du foie qui ne peut plus retenir le poison s'est établie, alors la crise éclate, apparaissant comme une décharge des produits toxiques accumulés peu à peu dans l'organisme. Suivant une comparaison fort imagée d'Hutinel, c'est comme une bouteille de Leyde qui se charge peu à peu et dont tout à coup jaillissent des étincelles. Pour expliquer cette intolérance progressive, il faut faire intervenir un certain nombre de facteurs qui agissent séparément ou s'associent suivant les circonstances.

En effet, bien des facteurs doivent agir ensemble. Ce sont : l'absorption en masse des poisons accumulés dans l'intestin au moment de la liquéfaction des matières qui précède la débâcle diarrhéique, l'intolérance qui s'établit progressivement chez un sujet sensibilisé contre les produits toxiques qui continuent à se produire, l'inhibition du foie et des autres glandes qui s'étant surchargés peu à peu de poisons n'offrent plus de barrière suffisante à l'intoxication. L'anaphylaxie enfin doit intervenir pour déterminer ces débâcles périodiques qui traduisent une réaction et une intolérance de l'organisme. Il faut bien savoir aussi que chez un enfant qui aura eu une première atteinte de colite, une cause minime suffira pour faire apparaître une réaction aiguë. Le froid et la chaleur surtout, une fatigue, un changement d'air ou de milieu, un voyage, le moindre écart de régime déclancheront la crise.

De toutes ces causes et des divers facteurs pathogéniques que nous avons passés en revue pour expliquer les crises aiguës des colites, aucun ne doit être retenu à l'exclusion des autres, tous, associés ou isolés, ont leur rôle plus ou moins important suivant les cas.

Toutes ces causes s'enchaînent et s'entr'aident en quelque sorte chez le même malade, se déterminant parfois les uns les autres, pour arriver à vaincre la résistance du sujet et amener la crise. La névropathie, l'hérédité, certains états anatomiques de l'intestin préparent la prédisposition latente de l'individu à

telle ou telle forme d'épisode aigu. Les poisons nés aux dépens des déchets alimentaires surabondants, par suite d'une digestion imparfaite, ou d'aliments pris en trop grande quantité, s'accumulent dans l'intestin. Les matières dures, stagnantes, irritent le côlon, lèsent sa muqueuse et facilitent ainsi l'introduction des poisons dans l'organisme.

Ces poisons agissent sur les glandes digestives : foie, pancréas, glandes gastriques et intestinales, diminuent leurs sécrétions et favorisent la mauvaise digestion des aliments, l'accumulation de déchets, la constipation. Celle-ci, nous l'avons vu, favorise l'absorption des produits toxiques et ainsi le cercle vicieux dans lequel tourne le malade s'établit et se ferme. Enfin, par une combinaison de toutes ces causes, l'intolérance apparaît, le sujet se sensibilise en vue des crises suivantes, ou présente de véritables réactions d'anaphylaxie. Il suffira alors d'une cause minime, écarts de régime, chaleur, affection intercurrente, infection légère, pour que, trouvant chez cet enfant dont la nutrition se fait mal, un organisme sans cesse en imminence de crise, la réaction éclate plus ou moins grave avec la forme que le terrain lui aura préparée.

FORMES CLINIQUES

Nous n'avons point l'intention de passer en revue toutes les formes sous lesquelles peuvent se présenter les épisodes aigus et les réactions générales qui peuvent survenir chez le jeune enfant atteint de colite; elles sont, en effet, trop différentes pour pouvoir en donner une classification exacte et simple, trop nombreuses pour que nous ayons la possibilité de les étudier toutes. Nous nous bornerons donc à passer en revue les formes les plus habituelles de ces réactions, et à étudier un peu plus en détail celles dont nous avons pu recueillir quelques observations.

Après avoir décrit la crise banale dont l'origine colitique est nettement démontrée et de suite reconnue, nous étudierons les faits plus complexes dont le point de départ intestinal, moins évident, est plus difficile à établir, mais cependant démontré par l'efficacité du traitement dirigé contre la colite.

Nous étudierons donc, dans une première série de faits, des crises typiques attirant de suite l'attention du côté du tube digestif en général, et plus spécialement du côté du gros intestin. Dans une deuxième série d'accidents, nous étudierons des réactions très

diverses, principalement nerveuses et cutanées, qui surviennent à l'occasion d'une crise aiguë de colite, soit à titre d'épiphénomène, soit à titre de symptôme prédominant.

Nous ferons suivre chacun de ces chapitres des observations qui s'y rapportent et qui nous auront servi à établir cet exposé. Quant au diagnostic, nous en dirons quelques mots à la suite de la description de chacune des formes de ces épisodes aigus, signalant, au passage, les différentes affections qu'elles peuvent simuler.

Mais, avant de commencer cette étude, il est intéressant de connaître l'aspect général que présente le sujet chez lequel, le plus souvent, la crise va éclater. L'enfant qui est atteint de colite, du fait de son hérédité, du fait des troubles gastro-intestinaux et du rachitisme dont, très souvent, il a été atteint dans sa petite enfance, du fait des crises antérieures et de son état de colite permanent, se présente, en effet, à peu près avec le même type que nous allons esquisser rapidement.

Assez rare avant l'âge de trois à quatre ans, la colite augmente de fréquence avec l'âge; elle apparaît surtout chez les enfants anciennement constipés; chez ceux qui en sont atteints, les selles s'accompagnent rarement de l'élimination de muco-membranes, et c'est seulement chez les grands enfants que celles-ci apparaissent avec autant de fréquence que chez l'adulte. L'état de colite ne devient permanent qu'après un certain nombre de crises aiguës

laissant l'intestin de l'enfant comme sensibilisé; plus rarement l'affection s'installe insidieusement, et les enfants qui en sont atteints, prennent peu à peu le facies spécial qui caractérise leur état.

Cet aspect général traduit chez ces enfants le mauvais état de leur nutrition, ce sont des « intestinaux » qui présentent un type clinique spécial, ne variant que par des détails. Leur teint est le plus souvent pâle, bistré, jaunâtre, surtout au niveau de la face et du cou : leur physionomie est souffreteuse et maussade, les sclérotiques sont teintées de jaune, et autour de la bouche et du nez ils ont une « moustache bilieuse » parfois très nette. Ces enfants sont en général amaigris, leur peau est sèche et parcheminée, parfois même quand l'affection dure depuis longtemps, ils sont cachectiques rappelant un peu le tableau des nourrissons athrepsiques.

Souvent le ventre de ces enfants est volumineux et contraste avec l'amaigrissement du reste du corps. Quand ils sont très jeunes, on note fréquemment des traces de rachitisme. La palpation de l'abdomen est souvent douloureuse avec des signes qui traduisent la dilatation ou l'état de spasme de l'intestin. La percussion permet de reconnaître l'augmentation du volume du cæcum et du côlon transverse. La partie terminale du gros intestin est contractée sur les matières dures qu'il contient : on sent ce qu'on a appelé la corde colique. Cet état spasmodique fréquent n'existe pas toujours, il peut faire place, dans certains cas, à une sorte d'atonie intestinale qui

donne à la palpation la sensation de chiffons mouillés qu'on déprimerait sous la main. On comprend qu'avec un côlon ainsi contracté ou atone, la constipation soit la règle, les selles s'espacent de plus en plus et les évacuations spontanées se font rares. Quelquefois les enfants ne font plus d'effort de défécation, il en est même qui ont une absence complète de besoins. Les matières sont sèches, dures, ovillées ou rubannées, très brunes, souvent d'odeur fétide. De temps en temps il se produit de fausses diarrhées; ces enfants ont, dans la journée, 4, 5 selles et plus, contenant des matières dures, des scybales très brunes mélangées à un liquide mucilagineux, glaireux, d'odeur infecte.

Il existe même un type diarrhéique permanent, certains enfants ayant deux ou trois selles par jour, liquides, muqueuses, d'odeur fétide. D'après Guinon cette forme aurait été surtout observée chez les enfants soumis au régime lacté trop exclusif et qui présenteraient assez fréquemment de l'intolérance pour le lait.

Enfin quand la colite dure depuis quelque temps, on peut voir au moment des débâcles de petites concrétions brunâtres et dures qui ont été décrites sous le nom de sable intestinal.

L'estomac peut être normal ou bien il est dilaté et clapotant. Le foie est souvent touché, sensible au palper, tantôt normal, tantôt turgescent.

Le cœur bat fort, dans l'intervalle des crises les palpitations sont fréquentes. Souvent on trouve de

l'augmentation de la matité précordiale, avec déviation de la pointe dans l'aisselle, traduisant la dilatation du cœur droit. Le pouls est variable, parfois petit, profond, rapide, il peut être ralenti, arythmique ou normal.

En général il n'y a pas de fièvre. Cependant si on prend plusieurs fois la température dans la journée, on s'aperçoit qu'elle est irrégulière, s'élevant légèrement pendant les périodes digestives pour retomber assez vite à la normale.

Les urines sont rares, fortement colorées, à odeur ammoniacale. Elles renferment de l'indican en abondance (Combe), parfois il y a de véritables décharges de phosphates et d'urates sans éléments étrangers. L'albumine se voit quelquefois, rarement d'une façon continue, plus souvent par intermittence.

Cet état de colite chronique n'est pas sans retentir sur la nutrition générale et sur la croissance de ces enfants. Ils assimilent mal, de plus leur appétit est très capricieux, quelques-uns ont toujours faim, tandis que d'autres, au contraire, ne veulent rien prendre et se forcent pour manger. Les crises aiguës, qui surviennent à intervalles plus ou moins réguliers, leur font perdre ce qu'ils avaient acquis entre deux rechutes. Si elles se répètent, ils n'ont pas le temps de se remettre d'une crise précédente que la seconde éclate.

Il n'est donc pas étonnant que bien souvent ces enfants sont des hypotrophiques ayant la taille et le poids d'enfants plus jeunes de deux ou trois ans.

Il existe parfois un état d'anémie plus ou moins marqué ; cette anémie, comme l'a montré M. L. Tixier dans sa thèse, apparaît seulement dans la période qui suit la crise aiguë. Ainsi tel enfant, qui, pendant la période d'état d'une infection intestinale subaiguë, ne présentait aucune trace d'anémie (4.460.000 globules rouges), n'avait plus que 2.390.000 globules rouges quelques semaines après la régulation de ses fonctions intestinales. Chez ces enfants, l'examen du sang permet de constater, en plus de la diminution notable des globules rouges et des hémato blastses, une augmentation des globules blancs et une diminution de la fibrine. Assez souvent on a noté la présence de globules à noyaux.

§ I. — ÉPISODES AIGUS DONT L'ORIGINE
FACILEMENT RECONNUE EST NETTEMENT LIÉE
A UNE IRRITATION DU GROS INTESTIN.

Les réactions coliques chez l'enfant apparaissent le plus fréquemment sous une forme dont nous allons donner le tableau le plus général. C'est de ce tableau plus ou moins modifié, soit par la prédominance de tel ou tel symptôme, soit par l'association ou l'aggravation de ces mêmes symptômes que nous tirerons les principales formes cliniques que nous décrirons ensuite. Mais nous tenons à faire remarquer que tous ces symptômes ne se présentent pas, chez un même malade, et qu'il arrive parfois que telle ou

telle forme clinique se modifie pendant son évolution pour prendre tous les caractères de telle autre. D'ailleurs, cette variabilité de symptômes n'est pas seulement le fait des crises aiguës de colite et se retrouve dans toutes les maladies, les descriptions étant toujours quelque chose d'artificiel, chaque malade créant en quelque sorte sa maladie propre.

A. — Crise aiguë type chez un enfant atteint de colite

Le début est le plus souvent brusque, ordinairement sans cause apparente. Cependant un interrogatoire précis permet souvent de retrouver un certain nombre de petits signes précurseurs de la crise. Le petit malade, ordinairement constipé, ou bien ayant des alternatives de diarrhée et de constipation, voit cette dernière s'exagérer, son appétit diminuer, il a la langue pâteuse et blanche, l'haleine mauvaise surtout le matin, il est mal en train et légèrement fiévreux. Tous ces symptômes vagues annoncent la crise aiguë et traduisent l'intolérance de l'organisme. Celle-ci se manifeste par un certain nombre de symptômes locaux et de symptômes généraux. Les premiers comprennent les sensations éprouvées par l'enfant et les signes fournis par l'exploration abdominale ; les seconds sont des symptômes à distance plus ou moins liés à la colite.

En général le signe local le plus habituel est la

douleur qui, cependant, peut manquer. Elle peut être spontanée ou provoquée. La plus commune se présente sous forme de malaise, d'un état de sensation intestinale mal définie ; ou bien la douleur est plus vive, les enfants se servant d'expressions bizarres pour exprimer ce qu'ils ressentent. Ils disent qu'ils ont « une bête qui les mord » que « ça les gratte dans le ventre » ; et quand on leur demande de préciser le lieu de leur douleur, ils montrent tantôt l'une ou l'autre fosse iliaque, plus souvent leur région ombilicale s'ils sont très jeunes. Ces douleurs peuvent être continues ou bien paroxystiques à forme de coliques. Cependant elles ne semblent pas aussi accentuées que celles qui surviennent dans certaines formes de l'entéro-colite de l'adulte. Cette douleur est due au spasme du gros intestin qui se contracte sur les matières dures qu'il contient. Elle peut être provoquée par la palpation qui doit être pratiquée avec une extrême douceur, car la paroi abdominale est le siège d'une véritable hypéralgésie cutanée qui la fait se contracter au moindre contact.

A l'inspection le ventre apparaît soit normal, soit volumineux, ballonné ou flasque dans les cas où l'infection prédomine, aplati et rétracté en bateau dans les cas graves. Pour pratiquer le palper il faut procéder méthodiquement et par une palpation légère et superficielle assouplir la paroi abdominale et prévenir les mouvements de défense qui empêcheraient tout examen profond. Quand on peut déprimer cette paroi, l'enfant accuse une douleur

sur tout le trajet du côlon, soit seulement sur une des parties de celui-ci. Le plus souvent la douleur se localise dans la fosse iliaque droite au niveau du cæcum et du côlon ascendant, et dans la fosse iliaque gauche au niveau du côlon pelvien. En même temps on se rend compte de l'état du gros intestin : tantôt contracté il donne l'impression d'une corde qui roule sous le doigt dans la fosse iliaque gauche, tantôt au contraire, mais beaucoup plus rarement, il est flasque et sans élasticité, donnant la sensation d'un chiffon mouillé ou d'un mouchoir de poche qu'on roulerait sous les doigts. Pour bien sentir le tube colique, il faut déprimer lentement la paroi abdominale avec les deux mains accolées, les doigts réunis et légèrement recourbés en crochet. On sent alors comme une corde qui roule entre la paroi profonde et les doigts, puis s'échappe brusquement en produisant un ressaut caractéristique.

Souvent le cæcum est volumineux et distendu par les matières que le spasme du côlon empêche de cheminer dans le gros intestin. Chez le même sujet la contracture et l'atonie peuvent coexister, un segment contracté pouvant faire suite à une partie flasque. De même il peut y avoir des segments dilatés à côté des segments diminués de calibre. Ce sont les localisations, de la contracture ou de l'atonie, mais surtout celles de la douleur, qui ont permis de décrire un certain nombre de formes spéciales dont les plus fréquentes sont la typhlite, la typhlo-colite et la sigmoïdite.

Le palper de l'abdomen doit être complété par l'examen du foie qui est souvent augmenté de volume débordant les fausses côtes, cette hypertrophie traduisant l'existence d'une congestion plus ou moins persistante due à la réaction contre les poisons venus de l'intestin.

Les signes fonctionnels qui accompagnent ces symptômes attestent le trouble de toutes les fonctions digestives. L'appétit est le plus souvent très diminué ou nul pendant la crise. Il peut être d'ailleurs modifié avant même l'apparition des symptômes aigus, l'inappétence étant un bon signe pour reconnaître l'imminence d'une crise. Il en est de même de l'haleine qui peut être fétide avant l'apparition de toute réaction aiguë ; souvent elle a une odeur d'acétone qui rappelle celle dégagée par du chloroforme mélangé à de l'acide acétique. La langue est épaisse, recouverte d'un enduit jaunâtre sur la face supérieure et à la base, la pointe et les bords sont rouges, les papilles saillantes. Toute la muqueuse buccale et gingivale est enflammée et sèche, la salive est peu abondante, aussi la soif est-elle vive, l'enfant demandant sans cesse à boire.

Les vomissements ne sont pas constants ; quand ils existent leur importance est très variable. Germain Sée explique cette réaction de l'estomac par le fait que « les gaz retenus dans l'intestin le distendent bientôt, passent dans l'estomac, le distendent à son tour et y produisent des effets irritants. » Il semble bien que ces facteurs : distension et irritation soient

de peu d'importance dans la pathogénie de ces vomissements et que le rôle de l'intoxication et son retentissement sur le plexus solaire soient prépondérants. Quoi qu'il en soit, ces vomissements, d'abord alimentaires quand ils surviennent peu de temps après le repas, peuvent être aussi glaireux, verdâtres, persistants et répétés, si bien qu'ils éveillent parfois l'idée d'une péritonite ou d'une méningite.

Les selles sont d'abord constituées par des matières brunes, ovillées, véritables scybales enrobées dans des mucosités, et mélangées d'un liquide qui dégage une odeur infecte. Le plus souvent les évacuations surviennent à la suite d'un lavement ou d'un purgatif et constituent de véritables débâcles où les matières dures sont parfois recouvertes de glaires grisâtres ou sanguinolentes. D'autres fois l'aspect des selles varie, les matières sont molles demi-liquides, en tas, contenant des aliments mal digérés, presque toujours putrides. Quand les résidus alimentaires ont été évacués, les selles peuvent devenir franchement diarrhéiques, constituées par du mucus, parfois mélangées de sang en plus ou moins grande quantité, rappelant l'aspect des évacuations de certaines dysentéries.

Le mucus revêt assez rarement l'aspect membraniforme ; cependant on peut le voir concrété sous forme de cylindres, de filaments, de rubans allongés et plissés qui peuvent être pris pour des anneaux de *tenia*. Le plus souvent ce sont des glaires blanchâtres ou jaunâtres, filantes comme du blanc d'œuf mal

cuit, ou bien de petites masses mousseuses accolées aux matières et éliminées avec elles.

Le nombre des selles est très variable : il peut n'y avoir qu'une ou deux selles dans les vingt-quatre heures, mais il n'est pas rare d'en compter huit ou dix. Souvent leur émission est douloureuse arrachant des cris à l'enfant ; leur répétition peut amener un certain degré de prolapsus de la muqueuse rectale quand la partie terminale du gros intestin et du rectum est enflammée. Peu à peu, sous l'influence du traitement, les selles s'espacent et s'améliorent, la fétidité disparaît, et lorsque l'alimentation aura été reprise et bien tolérée, l'apparition de selles moulées sera d'un bon pronostic.

D'après Nobécourt et Rivet, l'examen microscopique, quand les selles sont dysentériques, révèle la présence de leucocytes plus ou moins altérés parmi lesquels les polynucléaires prédominent ; de même on trouve des hématies en plus ou moins grand nombre suivant le caractère plus ou moins sanglant des évacuations. D'après Baginski, on trouve un grand nombre de débris épithéliaux et de cellules muqueuses gonflées et transparentes, des globules de pus, des hématies, des cellules granuleuses, des masses transparentes constituées sans doute par des débris de glandes de Lieberkühn. Quant aux microbes les plus fréquemment rencontrés, ce sont les coli-bacilles, les entérocoques et les streptocoques.

Le sang dans les poussées congestives est beaucoup plus fréquent dans les selles qu'on ne le croyait autre-

fois ; il peut être, en effet, mis en évidence par les réactifs chimiques ordinairement employés. Triboulet à l'aide de la phénolphtaléine a pu dans certaines entéro-colites congestives que rien ne révélait, déceler la présence du sang dans les fèces au cours de vomissements acétonémiques, dans la scarlatine, dans la diphtérie, dans certaines appendicites. Des autopsies ont pu confirmer l'exactitude de ces faits, en montrant l'existence de colites congestives au niveau du cæcum et du colon ascendant, dans des cas où la réaction avait été positive.

Les crises de colite chez l'enfant s'accompagnent presque toujours de symptômes généraux qui traduisent la sensibilité plus exquise de l'enfant à la toxi-infection qui accompagne ces accidents aigus. Rarement la température reste normale, et le serait-elle qu'il ne faudrait pas toujours prendre cette absence de fièvre pour un signe certain de bénignité, car il est des cas particulièrement graves qui ne s'accompagnent d'aucune élévation thermique. Le plus souvent, la température s'élève rapidement, presque toujours au-dessus de 38 degrés, parfois jusqu'à 40 degrés. Le pouls est rapide, souvent irrégulier et inégal, le facies devient terreux, les yeux s'enfoncent et se cerclent de noir, la peau devient sèche et brûlante se couvrant parfois d'érythèmes polymorphes ou d'éruptions urticariennes. Dans les formes intenses, l'enfant est abattu, anéanti, ne s'intéressant plus à rien, sujet aux lipothymies ou même aux syncopes. D'autres fois apparaissent

des réactions méningées, des convulsions, accidents que nous étudierons dans un chapitre spécial.

Les battements du cœur et la respiration sont, en général, peu atteints, cependant on note parfois, des souffles extra-cardiaques et de l'affaiblissement des bruits du cœur ; rarement la respiration est suspicieuse.

Les urines sont rares, foncées, contenant parfois de l'albumine. L'indican a été trouvé en assez grande quantité. Souvent il y a de l'acétonurie, Ausset l'a rencontrée dans la moitié des cas pendant les poussées aiguës d'entéro-colite. Chez les petites filles surtout, il n'est pas rare de trouver un certain degré de ténésme vésical qui peut s'accompagner dans quelques cas de véritables cystites.

Tel est l'aspect le plus général sous lequel se présentent ces crises des colites. Guinon, en 1898 a pu isoler plusieurs formes, c'est cette classification qui a été adoptée par Nobécourt dans le traité d'Hutinel. Si la crise est d'intensité moyenne et s'accompagne de l'élimination de mucus coagulé, c'est la forme muqueuse ou catarrhale qui peut elle même être intense, légère ou localisée. Quand les selles sont fréquentes, glaireuses et sanguinolentes, s'accompagnant de phénomènes douloureux particulièrement intenses, on a affaire à une colite dysentérique. Dans une troisième forme isolée par Hutinel, en 1899, sous le nom de choléra sec, l'intensité des phénomènes généraux toxi-infectieux, la prostration,

passent au premier plan, les troubles intestinaux étant en général peu accentués.

Mais ce ne sont là que des crises banales de colite aiguë ; dans certains cas, au contraire, ces épisodes aigus revêtent un caractère tel qu'ils semblent ne pas relever de l'état du gros intestin. Souvent chez le même malade ces crises se présentent sous la même forme, et il n'est pas rare de rencontrer des enfants qui viennent consulter, ayant déjà présenté un certain nombre de crises identiques a des intervalles plus ou moins réguliers.

La relation qui existe entre ces épisodes aigus et l'état intestinal a été bien souvent ignorée, et bon nombre de ces enfants entrent à l'hôpital ayant déjà subi des traitements dirigés contre tel ou tel symptôme, la véritable cause ayant passé inaperçue.

B. — Crise à forme d'indigestion simple

La constipation qui était habituelle semble s'accroître dans les jours qui précèdent la crise, l'haleine devient mauvaise, la langue est blanchâtre, et brusquement, des vomissements alimentaires, puis muqueux et bilieux apparaissent. L'enfant est pâle, anxieux, ses extrémités sont froides, il a des vertiges et se plaint de la tête. Ces vomissements sont incessants, peu abondants et pénibles. En même temps de violentes douleurs abdominales surviennent, aboutissant à une véritable débâcle, contenant

d'abord des scybales durcies, puis peu à peu, des matières liquéfiées et entièrement liquides, toujours fétides.

Ces douleurs sont particulièrement violentes au moment où se produisent ces envies impérieuses d'aller à la garde-robe, les petits malades sont alors pâles, les traits tirés et anxieux, le pouls est petit, rapide, irrégulier ; parfois il y a des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreille, des vertiges qui peuvent aboutir à la perte de connaissance complète.

Cet état dure peu et diminue en général d'intensité après la première évacuation qui est, en général, très abondante. Le plus souvent la durée de ces crises ne dépasse pas quatre à cinq heures, et il est bien rare de les constater à l'hôpital, car lorsque les enfants y sont amenés, la période véritablement aiguë est déjà terminée. Peu à peu, les signes généraux et fonctionnels diminuent d'intensité et s'atténuent à chaque émission diarrhéique.

Pendant la crise, l'examen local ne révèle rien de bien particulier, sinon une sensibilité de tout l'abdomen surtout marquée au niveau du côlon, assez rarement localisée en un point de son trajet. Si cette exploration est pratiquée un certain nombre d'heures après le début de la crise, il n'est pas rare de constater une localisation plus nette de la douleur dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, surtout à gauche où l'on peut sentir l'intestin contracté.

Ces épisodes aigus sont en général de courte

durée, la température qui, assez souvent s'élève à 38°5-39°, tombe le lendemain à la normale. L'enfant émet encore une ou deux selles diarrhéiques, puis reprend appétit, mange et ne vomit plus. La crise a duré trois ou quatre jours, le petit malade en sort faible et amaigri, mais il reprend rapidement son état normal.

Ce tableau est véritablement celui d'une indigestion. Quand il apparaît pour la première fois on ne manque pas de le mettre sur le compte d'une erreur d'alimentation, et on accuse l'enfant d'avoir mangé en cachette des aliments défendus. Mais quand le même syndrome réapparaît, et qu'il se produit avec une périodicité régulière, on est bien obligé de conclure que ce sont là des indigestions symptomatiques, d'autant plus qu'elles apparaissent le plus souvent sans cause appréciable, parfois même le matin ou tout au début d'un repas. Ce qui doit attirer l'attention du médecin sur l'origine colique de ces épisodes aigus, ce sont les selles. Celles-ci, en effet, se présentent sous forme de véritables débâcles extrêmement fétides, contenant des matières dures, parfois enrobées de mucus, et d'un liquide muqueux et glaireux abondant. L'interrogatoire permet de décélérer l'aggravation d'une constipation habituelle, et si on recommande aux parents de surveiller leurs enfants et de prévenir ces états de rétention par un traitement et un régime appropriés, on verra ces crises s'espacer peu à peu et disparaître.

C. — Crises à forme de vomissements paroxystiques.

Un enfant atteint de colite est pris tout à coup de vomissements alimentaires violents et répétés, bientôt suivis de vomissements muqueux et bilieux. Parfois ils ont une tenacité inquiétante, ils sont muqueux, verdâtres, porracés même, provoquant de vives douleurs épigastriques. On songe à une poussée péritonitique, ou à une appendicite d'autant plus que l'enfant se plaint parfois de douleur dans la fosse iliaque droite. Ou bien ils surviennent sans effort, se produisent avec une facilité extrême et éveillent l'idée d'une méningite.

Ces vomissements plus spéciaux à l'enfant ont cependant été rencontrés chez l'adulte atteint de colite, et L. Marre, dans sa thèse, en a rapporté un cas chez un malade de cinquante-huit ans, chez lequel ils s'accompagnaient de débâcles diarrhéiques qui duraient tout le temps de la crise. Ils rappellent les vomissements dits arthritiques, nerveux, paroxystiques, qui se rencontrent assez fréquemment chez l'enfant et dont Ausset, Comby, etc. ont montré la parenté avec l'entérocolite muco-membraneuse. Ils ne seraient qu'un épiphénomène au cours de cette dernière affection, et surviendraient comme un équivalent des épisodes aigus marquant l'évolution de la colite chronique. Leur début est en effet tout à

fait comparable à celui d'une crise banale de colite, survenant tantôt à l'occasion du moindre trouble digestif, tantôt faisant suite à une période de constipation plus accentuée.

L'enfant ne tolère rien, une cuillerée d'eau n'est parfois même pas supportée ; le pouls est irrégulier, la tension artérielle abaissée, le ventre rétracté, la région épigastrique douloureuse, la langue saburrale, l'haleine fétide, souvent à odeur d'acétone. Ces vomissements durent deux ou trois jours, puis cessent tout à coup, l'enfant demande à manger, on lui donne des liquides, puis des aliments solides qui sont bien supportés : la crise s'est terminée aussi brusquement qu'elle avait commencé. Ces vomissements reviennent parfois avec une périodicité assez régulière survenant par crises au cours de colites ou d'appendicites chroniques chez des enfants en quelque sorte sensibilisés.

Bon nombre de théories ont été émises pour expliquer ces vomissements. On a dit que ces enfants, en général fils de goutteux et d'arthritiques, ont dans leur organisme de l'acide urique en excès et que les vomissements constituent chez eux une décharge de cet acide urique. Chez quelques-uns on a trouvé de l'acétone dans l'urine, de plus leur haleine a souvent une odeur caractéristique, et on a mis ces vomissements sur le compte d'un empoisonnement par l'acétone. Mais si celle-ci joue un rôle, il ne peut être que minime, car elle est peu toxique et ne peut à elle seule expliquer ces accidents.

Souvent chez ces enfants le foie fonctionne mal ; ils ont un teint subictérique, parfois même de l'ictère ; aussi a-t-on incriminé les troubles de la fonction du foie. Fischl, de Prague, dit que ces enfants sont des nerveux, des hystériques et que ces vomissements sont sous la dépendance de leur nervosisme. M. Hutinel a comparé ces accidents à une sorte d'asthme intestinal et a cité, à l'appui de cette théorie, une dizaine de cas dans lesquels ces vomissements succédaient à des accès d'asthme, les accompagnaient ou alternaient avec eux. Il a pu écrire dans son *Traité de maladie des enfants*, « ces vomissements intermittents, acétonémiques, nerveux, sont aux affections abdominales ce que l'asthme est aux affections respiratoires ».

D'après M. Hutinel, toutes ces théories contiennent une part de vérité, mais certaines sont trop exclusives et ne peuvent s'appliquer à tous les cas. Leur association est fréquente et on peut dire que, dans ces cas de vomissements paroxystiques, il y a une excitabilité exagérée de l'estomac et une contracture de tous les muscles du tube digestif chez des sujets sensibilisés, plus ou moins intoxiqués, arthritiques, et névropathes qui ont des réactions spéciales. Chez ces enfants, à un moment donné, le plexus solaire sensibilisé est hyperexcitable et traduit cette hyperexcitabilité par une contracture de l'abdomen et de l'intestin, par des vomissements, par une altération des traits qui sont tirés et anxieux, l'enfant paraissant gravement atteint.

Cette sensibilité du plexus solaire s'explique facilement chez ces petits malades qui sont de souche neuro-arthritique, ont un foie qui fonctionne mal; et chez lesquels toute la fonction digestive est troublée. Constipés, ils sont dans un état d'intoxication permanente, qui les sensibilise peu à peu, jusqu'à ce que la crise éclate. L'irritation du gros intestin est alors le point de départ de ces accidents, quand il y a de la colite; chez quelques-uns il faut en chercher la cause immédiate dans la surcharge toxique du foie ou dans le mauvais fonctionnement d'un estomac dilaté ou atone. Chez beaucoup, les crises de vomissements éclatent sous l'influence de causes légères qui échappent à l'observation, une fatigue, une émotion suffisant à provoquer les accidents.

Cependant, si ces vomissements périodiques peuvent être déterminés par la colite, comme l'a bien dit Marfan, tous les cas ne lui sont pas subordonnés. Souvent, en effet, ils relèvent de facteurs pathogéniques différents et même quand la colite existe, elle seule, nous l'avons vu, ne suffit pas à les provoquer.

Ces vomissements, surtout quand ils s'accompagnent de phénomènes généraux graves, ressemblent à s'y méprendre à un empoisonnement aigu, ou bien encore à ce qu'on observe chez l'adulte dans la colique de plomb. Dans d'autres cas où la prostration domine et s'accompagne de constipation, de céphalée et de phénomènes nerveux divers on peut penser à une méningite. Si le ventre est ballonné et

douloureux, le pouls petit et rapide, le facies grippé, l'idée d'un étranglement interne ou d'une péritonite vient de suite à l'idée. Mais quand on a à faire à une crise simple de vomissements paroxystique, tous ces phénomènes s'amendent vite, en deux ou trois jours tout est terminé et l'enfant se remet rapidement.

Mais la forme de beaucoup la plus intéressante, est celle qui simule la crise d'appendicite et que nous allons étudier dans un chapitre spécial.

D. — Crises pseudo-appendiculaires

Les crises de vomissements paroxystiques dont nous venons de parler, accompagnées de phénomènes généraux et de douleurs intestinales marqués, ressemblent à s'y méprendre aux crises qui surviennent chez les enfants atteints d'appendicite chronique fruste. D'ailleurs ces enfants atteints de colite, sont assez souvent porteurs d'appendicite sans qu'il soit possible de déterminer qu'elle est la cause des réactions qu'ils présentent, de même qu'il est impossible de dire si c'est la colite qui a commencé ou l'appendicite, l'une ayant déterminé ou entretenu l'autre.

D'ailleurs les relations qui existent entre les colites et l'appendicite ont été l'objet de nombreuses discussions. Potain et Dieulafoy considèrent l'appendicite comme tout à fait exceptionnelle chez les

entéro-colitiques, et ce dernier écrit : « L'appendicite n'est ni la conséquence, ni l'aboutissant des entérocolites ». Cependant les médecins et les chirurgiens d'enfant Jules Simon, Jalaguier, Walther, Broca, Guinon, Comby ont montré que l'appendicite était fréquente chez les enfants atteints d'entérite. Guinon écrit que chez l'enfant, il n'y a pas d'appendicite sans entérite, et que lorsque la colite se localise au cæcum il y a presque toujours appendicite. Et il rapporte que sur 28 appendicites, il a trouvé dans les antécédents 23 fois de l'entérite, et que sur 135 entérites il y a eu 23 appendicites.

Quoi qu'il en soit, comme dans la colite, on observe dans l'appendicite chronique « des vomissements alimentaires, ou exclusivement aqueux et bilieux, des diarrhées soudaines, des alternatives de diarrhée et de constipation. Parfois la crise se révèle par des phénomènes réflexes assez accentués : pâleur subite de la face, altérations de la physionomie, tendances lipothymiques. » (Siredey) Ces crises semblables tendent à prouver que l'organisme est un, que tel organe, quand il est lésé de la même manière dans des régions voisines, provoque des réactions semblables, qui ne varient que par d'insignifiants points de détails.

Le tableau des crises aiguës de l'appendicite chronique se rapproche absolument de celui que l'on observe dans les crises de vomissements au cours des colites. Ces épisodes aigus peuvent débiter d'emblée par des vomissements, ou bien ils sont précédés par

des coliques ou des douleurs abdominales dont le siège peut être variable, mais se localise le plus souvent au niveau du côlon transverse et de la région ombilicale. Succédant parfois à une période de constipation, ces crises ne s'accompagnent pas toujours de débâcles diarrhéiques, celles-ci pouvant survenir seulement à la fin de la crise comme dans une de nos observations. Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent pituiteux ou bilieux, plus ou moins fréquents s'accompagnant de douleur pouvant se localiser au niveau de la fosse iliaque droite.

L'examen permet souvent de constater le spasme du gros intestin qui est en même temps douloureux surtout au niveau du côlon transverse et du côlon descendant. Quelquefois la douleur est plus nettement localisée, tantôt dans la fosse iliaque gauche, tantôt dans la fosse iliaque droite où le cæcum est senti sous forme d'un boudin contractile.

Cette crise dure trois ou quatre jours, en tout semblable à une crise d'appendicite, surtout quand la douleur se localise au niveau de la fosse iliaque droite. Il est alors bien difficile de déterminer si ces accidents sont sous la seule dépendance d'une colite chronique, ou bien s'il y a coexistence de colite et d'appendicite, la seconde entretenant la première, celle-ci ayant déterminé celle-là. Quelques signes cependant peuvent être invoqués en faveur de l'appendicite, mais ils n'ont rien d'absolu et bien des enfants qui les ont présentés ont été trouvés porteurs

d'un appendice sain au moment de l'opération. Ainsi l'existence d'élévations thermiques légères, le début par des paroxysmes douloureux au niveau de la fosse iliaque, la sensibilité plus vive au niveau du point de Mac Burney seraient en faveur de l'appendicite. Mais si ce sont là des signes qui ont quelque valeur chez l'adulte, ils sont bien incertains chez l'enfant qui analyse mal ce qu'il sent, et localise toujours la douleur qu'il ressent d'une façon imparfaite.

Nous ne pouvons mieux faire que citer ce que le professeur Hutinel disait dans une clinique récente, et qui montre combien il faut être réservé dans l'établissement d'un diagnostic précis : « Sur dix enfants qui présentent ces vomissements, huit au moins, je puis vous l'affirmer, finissent par être opérés, à tort ou à raison et si l'appendice est parfois sain, souvent aussi il est altéré. Si minimes soient-elles, les lésions appendiculaires créent, chez les sujets nerveux, une sensibilisation plus profonde qu'une simple colite ».

« Vous devez donc toujours, en présence de vomissements acétonémiques, explorer avec soin la fosse iliaque. Mais gardez-vous de généraliser ; n'affirmez pas, à la seule apparition de ce syndrome, que l'appendice est un organe malade, bon à enlever. D'abord parce qu'il est des cas où l'opération nous mettrait en main un appendice remarquablement sain ; ensuite parce qu'après l'ablation de l'organe néfaste, les crises pourraient très bien continuer pendant des années. »

Pourquoi cette périodicité et ces rechutes dans ces crises ?

E. — Crise aiguë de colite à forme typhoïde

Chez l'enfant où, comme nous l'avons vu, les phénomènes toxi-infectieux prédominent pendant les crises aiguës de colite, celles-ci prennent fréquemment la forme typhoïde. Le début et l'évolution de la maladie sont vraiment d'une fièvre typhoïde, mais d'une fièvre typhoïde rapide, en quelque sorte avortée qui céderait en trois ou quatre jours sous l'influence d'un purgatif et d'un lavage d'intestin.

Cette forme débute soit par quelques jours de malaises assez vagues, semblables à ceux que l'on rencontre le plus habituellement au début de toute crise de colite. L'enfant a perdu l'appétit, il se plaint de céphalée, est abattu, a de petits mouvements fébriles dans la journée ; il semble méditer sa crise. Où bien, le début est brusque, soit par une sensation de froid intense et de violents frissons comme dans une de nos observations ; soit par de la céphalalgie, de la soif, de l'anorexie, de violentes douleurs abdominales s'accompagnant de constipation ou de diarrhée ; soit par des épistaxis qui peuvent survenir tout à coup et se répéter pendant plusieurs jours (trois jours dans l'observation IV) ; soit encore par des vomissements accompagnés de céphalalgie et de violentes douleurs abdominales.

L'enfant, déjà très fatigué au début, devient indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, il est triste, abattu, « anéanti » sans que cependant cette prostration marquée soit la règle. Les yeux sont cernés et profonds, les lèvres épaisses et squammeuses. La langue est collante puis sèche, rouge à la pointe et sur les bords, recouverte d'un enduit blanchâtre au centre et à la base. L'haleine est chaude, mauvaise, bientôt fétide. L'abdomen est plus ou moins volumineux, le plus souvent ballonné, tendu, sensible ou douloureux au niveau de l'une ou l'autre fosse iliaque. Quelquefois le côlon est atone, plus souvent il est contracté au niveau de sa portion terminale; il y a assez rarement du gargouillement de la fosse iliaque. Le foie peut être congestionné, débordant les fausses côtes, sensible à la pression, la rate est le plus souvent normale.

La constipation, si elle existe, cesse bientôt, faisant place à une diarrhée abondante, glaireuse, horriblement fétide. La soif est vive, l'inappétence complète. L'enfant agité, anxieux est en proie à une fièvre intense qui atteint ou dépasse 39 degrés, se maintenant à ce niveau pendant deux ou trois jours, quelquefois plus si un traitement judicieux n'est pas établi. La peau est chaude et sèche; le pouls est fréquent parfois irrégulier. Les urines peu abondantes sont épaisses, contenant de l'indican en quantité, quelquefois de l'albumine.

Si l'enfant n'est pas traité énergiquement on voit la maladie suivre son cours, l'intoxication se faire

plus profonde et évoluer suivant un tableau que l'on observe rarement de nos jours, mais que Rillet et Barthez ont bien décrit. « L'état déjà si sérieux s'aggrave, la langue devient sèche, parfois même grillée, râpeuse, noirâtre, la diarrhée augmente de fréquence et d'abondance; il y a de l'agitation, du délire continu ou remittent, le facies altéré et anxieux exprime la souffrance; l'enfant pousse de temps à autre des plaintes, la fièvre persiste, le pouls devient de plus en plus fréquent et petit, et enfin la mort arrive après deux à trois semaines ».

Dans les formes graves où l'asthénie est très marquée, la tension artérielle abaissée, les battements du cœur fréquents et parfois arythmiques, les extrémités froides et cyanosées avec tendance aux lipothymies ou même aux syncopes, on ne peut s'empêcher de penser au syndrome malin qui a été décrit comme étant sous la dépendance des altérations des surrénales.

L'aspect typhoïde est rarement aussi prononcé, il peut présenter toute la série des symptômes qui mène du simple embarras gastrique fébrile à la forme typhoïde grave, qu'il est bien difficile de distinguer de la fièvre typhoïde vraie.

D'autre part, la fièvre typhoïde peut apparaître chez un enfant qui a déjà de la colite; dans ce cas, l'infection éberthienne est méconnue au début, car on croit à une crise aiguë de colite. Cependant la fièvre ne tombe pas malgré le traitement dirigé contre la colite et on ne songe à la fièvre typhoïde

que lorsque celle-ci est déjà en pleine évolution. Dans ce cas, seul le séro-diagnostic permet de poser au début un diagnostic exact. Quand il y a ainsi coexistence des deux affections, le malade peut évoluer normalement sans accidents ; il semble même parfois que l'infection éberthienne a eu une influence heureuse sur la colite qui ne reparait pas, ayant été en quelque sorte balayée par la fièvre typhoïde. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et ces fièvres typhoïdes, chez des malades atteints de colite, peuvent donner lieu à des formes très graves, et surtout à des formes traînantes à rechutes, pouvant durer des mois. M. Hutinel a observé des cas de ce genre ayant duré, l'un trois mois, l'autre trois mois et demi, ayant laissé les enfants dans un état extrême de cachexie.

Le diagnostic de cette forme d'épisode aiguë de colite est délicat, nous en avons montré toutes les difficultés au cours de cet exposé. C'est qu'en effet les symptômes sont identiques, le début ressemble à s'y méprendre à celui de la fièvre typhoïde de l'enfant, seule l'évolution rapide de la crise de colite et sa rétrocession sous l'influence du traitement judicieusement établi permet de dire épisode aigu de colite. Le séro-diagnostic devra être pratiqué dans tous les cas douteux, et de fait, il en sera fait un usage presque constant, lui seul fournissant le critère certain de la présence ou de l'absence d'infection éberthienne.

Il faut bien savoir d'autre part que ce diagnostic

exact n'est pas d'une nécessité pressante à établir, le traitement des deux affections étant au début très semblable. Il peut en effet se résumer, pour l'une comme pour l'autre, en ces quelques indications : compresses sur le ventre, laxatifs légers, lavements de guimauve ou de sérum, bains tièdes dans les formes graves.

OBSERVATIONS

Voici un premier groupe d'observations qui se rapportent aux formes que nous venons de décrire. La plupart ont été recueillies dans le service de M. le professeur Hutinel.

Obs. I. — *Colite à forme d'embarras gastrique fébrile.* — *Séro-diagnostic négatif.* — L'enfant, âgé de neuf ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 9 septembre 1910. Né de parents bien portants il a deux frères qui sont en bonne santé.

Nourri au sein, il a été sevré à un an. Première dent à sept mois, premier pas à quinze mois. A cinq ans, rougeole sans complications.

Habituellement constipé, il a le teint légèrement subictérique.

Depuis huit jours l'enfant se plaint de malaise général, il

a perdu l'appétit et maigrit. Très fatigué il a mal à la tête, dort mal et se réveille en proie à des cauchemars terrifiants. Il n'est pas allé à la selle depuis trois jours.

A l'examen on note que l'enfant est amaigri et présente des traces légères de rachitisme. Il a la langue épaisse, blanche au centre et rouge à la pointe et sur les bords, l'haleine fétide. Pas de vomissements. Constipation opiniâtre et corde colique très nette. Ventre ballonné et douloureux. La température est à 38.2. Le pouls à 120. La rate et le foie ne sont pas augmentés de volume. Aucune modification de la respiration. Pas d'albumine dans l'urine. Le séro-diagnostic est négatif.

Mis au traitement des colites la fièvre tombe à 36 degrés le 21, et l'enfant sort de l'hôpital complètement rétabli le 27 septembre.

Obs. II. — Crises à forme d'indigestion survenant environ toutes les trois semaines. — L. . Jeanne, onze ans.

Mère dyspeptique, père bien portant, trois frères ou sœurs bien portants.

Venue à terme après une grossesse normale, elle a été nourrie au sein jusqu'à un an. Convulsions à dix-huit mois, otite suppurée à vingt mois.

Elle a toujours été constipée, mais depuis quelque temps cette constipation s'exagère progressivement jusqu'au jour où subitement elle est prise de diarrhée abondante. Ces crises surviennent presque toujours à la même heure après le repas de midi, elles se renouvellent toutes les trois semaines.

Quand elle arrive à l'hôpital la crise est déjà terminée. La langue cependant est chargée, l'haleine fétide, le côlon est

peu douloureux à la pression, mais il est contracté et il y a une masse de matière dans le côlon descendant.

Obs. III (*In* thèse de Froussard; 1900). — *Colite muco-membraneuse et sableuse à poussée subaiguë à forme d'embarras gastrique*. — Jeanne C..., cinq ans et demi, entrée salle Chaumont, le 26 décembre 1899.

Père bien portant. Mère très constipée avec débâcles diarrhéiques; n'a jamais examiné ses matières au point de vue des mucosités.

L'enfant est née à terme à la suite d'un accouchement difficile, on avait dû lui fracturer la cuisse, nourrie au biberon sans tube, a marché à douze mois, première dent à huit mois. Rougeole à un an. Coqueluche à cinq ans.

Depuis deux ans et demi se plaint constamment du ventre, avec crises de douleur de cinq à six minutes de durée, survenant sans rapport avec l'alimentation ou le besoin de défécation. La douleur débute habituellement dans la fosse iliaque droite pour se généraliser habituellement à tout l'abdomen. L'enfant selon son expression se plaint que « tout son ventre roule ».

Constipation opiniâtre et constante sans débâcles diarrhéiques spontanées. On la purge tous les deux jours à l'eau de Montmirail.

Les matières sont dures, fragmentées. La mère a souvent remarqué dans les selles, la présence de glaires (blanc d'œuf cru) et de peaux, qui auraient quelquefois atteint 20 centimètres de longueur. Il n'y aurait, au dire de la mère, aucune relation entre les débâcles muqueuses et les paroxysmes douloureux.

Se présente à la consultation des Enfants-Malades le 26 décembre.

Depuis dix jours, a perdu l'appétit, les douleurs apparaissent plus souvent et plus fortes. Il y a eu modification importante du côté des selles. Cette fillette qui n'allait à la garde-robe que grâce aux purgations répétées tous les deux jours, a depuis le début des selles naturelles mais irrégulières. Elle va plusieurs fois à la garde-robe dans une journée à la suite de fortes coliques, mais reste aussi vingt-quatre heures sans avoir d'évacuations alvines. Durant cette crise subaiguë, la mère n'aurait pas observé de fausses membranes, mais les selles étaient très mousseuses.

On constate alors un état saburral très marqué des voies digestives supérieures; la langue est blanche, un peu rouge sur les bords et à la pointe, légère teinte subictérique des sclérotiques. Peau chaude.

Comme la mère refuse de laisser son enfant à l'hôpital, on la fait revenir dans la salle le surlendemain pour pratiquer un examen clinique plus complet et instituer un traitement.

A ce moment, l'état est peu modifié: la teinte subictérique a disparu, la langue est toujours blanche. Le ventre est ballonné, douloureux, il est impossible de sentir le côlon à cause du ballonnement. La température est à 38 degrés. Un grand lavage intestinal ramène un peu de matière sans forme de scybales. Quelques « crachats intestinaux » et une quantité notable de sable jaune-noirâtre.

L'analyse qualitative de ce sable faite par l'interne en pharmacie du service a montré qu'il était composé de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Obs. IV. — *Colite avec fièvre, abattement, épistaxis, simulant la fièvre typhoïde.* — B... Julienne est amené à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde probable. Son père, colonial, est mort d'impaludisme, sa mère est morte de bacillose. Fille unique, elle a été élevée au sein maternel, puis au biberon. Impétigo dans l'enfance ; coqueluche sans complication vers quatre ans. Strabisme convergent qui a été traité par une intervention chirurgicale.

Il y a une quinzaine de jours, l'enfant aurait souffert de la gorge, de céphalée et présenta une épistaxis. Abattue, anéantie, elle a trois jours de suite de nouvelles épistaxis. L'appétit excellent auparavant a complètement disparu ; la malade est triste et se plaint de céphalée.

La constipation qui existait déjà avant la maladie est devenue plus opiniâtre ; cependant il n'y a ni peaux ni sang dans les matières.

La température qui était hier soir à 39 degrés est à 38 ce matin, le pouls bat à 86. Il y a 20 respirations par minute. La tension artérielle élevée est à 16. Très déprimée, la petite malade répond cependant aux questions.

L'abdomen est légèrement ballonné. On constate une vive douleur dans la fosse iliaque gauche, avec empatement dû à la stase des fèces. Pas de gargouillement de la fosse iliaque droite et peu de douleur. Quelques taches, mais dues à des piqûres de parasites.

La langue légèrement saburrale est un peu rouge sur les bords. La gorge est un peu rouge également, sans ulcérations.

Il n'y a pas de contracture ; les réflexes sont normaux. Les

urines contiennent de l'indican en assez grande quantité.

L'enfant est mise au traitement des colites; elle rend plusieurs selles très abondantes avec matières dures extrêmement fétides. La température baisse le lendemain et reste les jours suivants aux environs de 37 degrés.

Obs. V. — Colite à forme typhoïde à début brusque et fièvre élevée : 39° 4. — Il s'agit d'un enfant de sept ans et demi qui entre à l'hôpital parce qu'il se plaint de céphalée, d'abattement et de douleurs abdominales. La température rectale est de 39° 2.

Antécédents héréditaires. — La mère bien portante a deux enfants vivants mais délicats. Le second, né à huit mois de grossesse.

Un autre est mort de broncho-pneumonie au cours de la diphtérie.

Le père, tousseur, boit un peu.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme après une grossesse et un accouchement normaux. Première dent à cinq mois. Premier pas à un an. Rougeole et bronchite à deux ans.

Depuis, aucune maladie, sauf plusieurs crises semblables à la maladie actuelle s'accompagnant de diarrhée fétide et glaireuse. Jamais de vomissement; pas de constipation entre les crises.

Il y a trois jours l'enfant a été pris d'un violent mal de tête s'accompagnant de prostration et de fièvre. En même temps, il se plaignait de douleurs abdominales. Les deux jours suivants il eut quatre à cinq selles très fétides en vingt-quatre heures; les symptômes ont eu un début brusque,

l'enfant grelottait, dit la mère, et avait de violents frissons. La veille l'enfant était allé à l'école et avait bon appétit.

A l'examen, pas de Kernig, pas de modifications des réflexes, le pouls est à 110-112, la température 39° 4, 21 respirations par minutes. Langue collante, rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre est un peu ballonné, un peu sensible à la palpation. Il n'y a pas de gargouillement de la fosse iliaque. La rate est sensible à la percussion.

Quelques râles aux bases des deux poumons. On pense à la fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic pratiqué à deux reprises, le 24 novembre et le 12 décembre, est négatif.

Le lendemain de l'hospitalisation la température tombe à 37° 5, le pouls est toujours à 110.

24 novembre. — 38 degrés et 102 de pouls. La respiration est un peu rude aux bases. La diarrhée persiste.

25 novembre. — 3 selles encore, et la température tombe définitivement à 37 degrés le 26.

L'intradermo-réaction est positive à deux reprises différentes.

Obs. VI. — *Crise de colite subaiguë pouvant simuler la fièvre typhoïde.* — Robert E., âgé de six ans, est amené à l'Hôpital des Enfants-Malades où il entre dans le service de M. Hutinel pour abattement et céphalée.

Antécédents. — Le père et la mère sont bien portants. L'enfant est né à terme, et a été élevé au biberon. Gastro-entérite à huit mois. Rougeole à dix-huit mois, puis coqueluche. Diphtérie il y a cinq mois. L'enfant a toujours été constipé. De temps en temps il a de la diarrhée et se plaint du ventre.

Maladie actuelle. — Depuis une quinzaine de jours il est

abattu, a les traits tirés, a perdu l'appétit, se plaint du ventre et de la tête. Depuis ce temps il est un peu abattu et somnolent. Il tousse un peu.

Les selles sont irrégulières, mais il est plutôt constipé.

Examen. — Traces de rachitisme. Chapelet costal. Pas de Kernig, ni de raideur. Testicules petits.

Le ventre est ballonné, sensible au niveau du côlon, mais le colon n'est pas contracté, il est plutôt atone. La langue est saburrale, l'haleine mauvaise, le foie un peu gros. Rien au cœur, ni aux poumons.

La température est à 39.

Le séro-diagnostic est négatif.

Mis au traitement et au régime des colites, l'enfant voit sa fièvre tomber dès le lendemain et trois jours après il sort de l'hôpital.

Obs. VII (Hutinel, *Bulletin médical*, 19 avril 1913). — *Colite.* — Louise T..., est une fillette de treize ans. Née d'un père bien portant et d'une mère alcoolique, elle n'a qu'un frère qui est épileptique. Elle a été nourrie au sein, mais d'une façon très irrégulière. A sept ans, elle a eu une pneumonie.

Il y a deux mois, elle a eu de la fièvre et quelques jours après, des douleurs de ventre assez vives, surtout le matin. Le 14 mars, elle avait mangé deux œufs au repas de midi ; vers trois heures, elle fut prise de maux de tête et de douleurs abdominales. On la mit au lit, elle ne tarda pas à vomir et eut dans l'après-midi, trois selles diarrhéiques.

Le 15 mars, la diarrhée a cessé, mais la fièvre persiste.

Le 16, on donne un purgatif qui provoque des vomissements

et une selle diarrhéique. On pense à une appendicite et on conduit l'enfant dans un service de chirurgie.

Là, on constate un peu de douleur dans les deux fosses iliaques, à droite et à gauche, avec présence de matières dans le cæcum. Température, 38 degrés ; pouls, 120. Céphalée, insomnie, langue sale, haleine fétide, soif vive.

Facies typique, nez pincé, yeux excavés, ventre rétracté, gargouillement dans la fosse iliaque droite. On nous envoie l'enfant.

Le pouls n'est plus qu'à 80 ; la température reste à 38 degrés. Le facies est encore mauvais, les yeux sont excavés. Le ventre rétracté est un peu sensible à droite, mais on ne constate pas de signes d'appendicite. Raie vasomotrice, pas de Kernig. Tension artérielle maxima 12,7. Pas d'albumine dans l'urine.

Sous l'influence de la diète hydrique, d'un léger laxatif, d'applications chaudes sur le ventre et d'injections désérum, les accidents disparaissent très vite et l'enfant nous quitte, après quelques jours, complètement guérie. Nous nous sommes demandé, à propos de cette malade, si les symptômes graves et presque subits du début n'étaient pas d'origine anaphylactique.

Obs. VIII (Hutinel, *Bulletin médical*, 19 avril 1913). — *Crise de colite à forme typhoïde*. — Un grand garçon de quatorze ans, entré à l'hôpital parce qu'il vomit et souffre du ventre. Il nous conte que sa mère est morte paralysée et que son père a été tué accidentellement. Il paraît avoir eu, jusqu'à présent, une bonne santé ; mais il a eu une entérite à douze ans. Il a été pris, il y a sept jours, de vomissements, d'abord

alimentaires, puis muqueux, enfin bilieux et verts, qui se reproduisaient dès qu'il prenait la moindre quantité de liquide. En même temps, il éprouvait, dans le ventre, de fortes douleurs localisées dans la fosse liaque gauche.

Le facies est mauvais, les traits sont tirés, les yeux excavés, la langue sèche, comme rôtie ; on voit une vésicule d'herpès sur la lèvre supérieure. La respiration nasale est défectueuse, le malade dort la bouche ouverte, la gorge est rouge et sèche.

Le ventre est rétracté, un peu sensible. Le colon descendant, contracté, donne la sensation d'une corde. Le cæcum contient des matières ; l'appendice n'est nullement douloureux. Foie normal. Pas de purpura, pas d'urticaire. La respiration est pure dans toute la hauteur des deux poumons, les battements du cœur sont normaux et bien frappés. Pouls, 120. Température, 37° 2. Urines claires, albumineuses. Pas de teinte subictérique, un peu d'abattement.

Le désaccord entre l'aspect du malade et les symptômes qu'il présente est évident. Au premier abord, il a l'air d'un typhique ; il n'est cependant pas atteint d'une dothiéntérie, mais d'une simple colite.

Traitement très simple. Diète hydrique absolue, compresses chaudes sur le ventre, petites prises de sulfate de soude, injections sous-cutanées de sérum, lavements d'eau de guimauve.

Le lendemain, la gorge et la langue sont encore sèches, mais la mine est meilleure. Il y a eu des évacuations glaireuses. On donne des boissons féculentes et un léger laxatif.

Deux jours après, la guérison est presque complète : l'albuminurie a disparu.

Obs IX. — Crise simulant l'appendicite. — B... Simon, onze ans.

Souffre d'un point de côté violent dans l'abdomen, vomit et tousse.

Son père et sa mère sont bien portants, ils ont eu neuf enfants mais six sont morts en bas-âge.

Une petite fille est actuellement soignée à Berck, pour une tumeur blanche du genou.

Notre petit malade est né à terme, il a été nourri au sein et au biberon, et sevré à dix-sept mois.

Depuis longtemps l'enfant est constipé et se plaint de malaises vagues, de céphalée, il est somnolent et triste.

Il n'a pas d'appétit. On n'a jamais remarqué dans ses selles, des glaires ou des muco-membranes.

Il y a cinq jours il a eu un point de côté abdominal assez violent pour gêner sa respiration, il a vomé quatre à cinq fois dans la journée et a été pris de diarrhée assez intense le lendemain.

La douleur abdominale a pu être constatée; il y a une légère défense de la paroi au niveau du cæcum et du colon. L'enfant a été purgé et mis au régime, il ne reste que cinq jours à l'hôpital et sort guéri.

Obs. X. — Crise de colites avec vomissements bilieux et point de côté abdominal droit simulant l'appendicite. — Fernand R..., dix ans, est conduit à l'hôpital parce qu'il vomit et a des cauchemars pendant la nuit.

Le père tousse beaucoup. La mère est bien portante. Six

enfants. Un est mort de diarrhée à dix-huit jours. Deux autres, de complications pulmonaires, l'un à la suite de coqueluche, l'autre à la suite de rougeole. Le petit malade qu'on nous amène est né à terme et a été nourri au sein jusqu'à dix-sept mois. Il a eu sa première dent à sept mois et il a marché à dix-sept mois. Rougeole à deux ans.

L'enfant est habituellement très constipé avec quelquefois des débâcles diarrhéiques.

Il est malade depuis cinq jours. Le matin, il est rentré de l'école avec un violent mal de tête, il a vomi, et ces vomissements étaient verdâtres et glaireux. En même temps, il frissonnait et avait de la fièvre.

Le petit malade s'est couché et a ressenti un violent point de côté abdominal droit. La nuit, l'enfant a eu des cauchemars, et se débattait dans son lit.

Actuellement il souffre toujours du côté droit au niveau de l'appendice, le côlon est contracté et rempli de matières dures ; la température est peu élevée, 37 degrés et la céphalgie a disparu.

Un lavement et un purgatif amènent une selle très abondante contenant des matières noirâtres et recouvertes de mucus glaireux.

Obs. XI. — Colite s'accompagnant de vomissements paroxystiques et de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite simulant l'appendicite. — P..., Lucien, onze ans, est né d'une mère bien portante qui en six enfants. Deux sont morts de bronchite et de broncho-pneumonie l'un à deux mois, l'autre à sept mois. Le père, tousseur, a eu des hémoptysies ; il n'est plus avec sa famille depuis trois ans.

Notre petit malade est né à huit mois de grossesse ; élevé au sein, il a marché à huit mois. Il a fait une rougeole à quatre ans, sans complications.

L'enfant qui est habituellement constipé, a été pris de vomissements dans la nuit, ceux-ci d'abord alimentaires sont devenus bilieux et verdâtres. En même temps, il se plaignait de céphalée violente, de fièvre et de diarrhée. Pendant deux jours, il n'a pu rien prendre, vomissant tout aussitôt.

Entré à l'hôpital, il est mis à la diète hydrique, et on lui met des compresses chaudes sur le ventre qui font cesser les violentes douleurs abdominales dont il se plaignait. Les vomissements se sont reproduits quelques fois puis ont cessé ainsi que la diarrhée.

L'enfant est maigre et pâle. Les extrémités froides. Pas de Kernig, le ventre est déprimé et douloureux, l'intestin donne la sensation de chiffon mouillé. La pression au point appendiculaire est douloureuse. La langue est saburrale, l'haleine fétide. Mis au régime des côlites et à la solution de Bourget, l'enfant sort guéri après un séjour de huit jours à l'hôpital.

Obs. XII. — Côlite avec appendicite chronique. — Jeanne L..., est âgée de onze ans, elle est née d'une mère bacillaire et d'un père bien portant. Sur huit enfants, trois seulement sont vivants, les autres sont morts de bronchites, le plus âgé à neuf mois.

La petite malade est née à terme et a été nourrie au biberon. Elle a eu sa première dent à sept mois, a fait son premier pas à treize mois. Elle a eu la rougeole et la coqueluche à trois ans, la varicelle à six ans, la scarlatine à sept ans. Fré-

quemment elle a eu des bronchites, et elle a présenté de l'adénopathie cervicale.

Au début de 1907, c'est-à-dire il y a dix mois, l'enfant, qui d'habitude est très constipée, perd l'appétit maigrit et se plaint de céphalée et de douleurs abdominales. Souvent après les repas elle vomit ses aliments, et quelques jours après elle est prise de diarrhée intense qui alterne avec sa constipation.

Conduite par la mère à la consultation des Enfants-Malades notre petite malade est envoyée à Forges où elle reste de mai à septembre. Rentrée bien portante à Paris, elle ne tarde pas à être reprise des mêmes troubles digestifs et des mêmes douleurs abdominales.

Très constipée depuis quinze jours, l'enfant a eu plusieurs fois des vomissements alimentaires, puis bilieux. On n'a jamais remarqué qu'elle ait eu des glaires ou des peaux dans ses matières.

C'est une enfant pâle, bien développée, non amaigrie, présentant quelques ganglions un peu volumineux aux aines. Le ventre un peu météorisé est souple et sonore dans toute son étendue. La pression provoque une douleur légère au niveau de l'hypogastre mais sans localisation précise.

La langue est saburrale. L'enfant n'a pas été à la selle depuis quatre jours. On sent nettement le côlon contracté surtout dans la fosse iliaque gauche. Dans la fosse iliaque droite, on sent à la palpation profonde un cordon douloureux, et le diagnostic d'entérocolite avec appendicite chronique probable est porté. Le foie n'est pas volumineux.

Au sommet du poumon droit la respiration est un peu affaiblie et l'expiration prolongée. Le cœur est normal. La température est à 37 degrés. Pas d'albumine de l'urine.

Pas d'albumine dans l'urine.

Quatre jours après l'hospitalisation de la petite malade, l'amélioration est sensible, la constipation a disparu, il n'y a plus de douleurs abdominales.

Obs. XIII. — *Colite s'accompagnant de vomissements paroxystiques.* — *Acétone dans l'urine.* — L... Germaine, âgée de neuf ans, est amenée à l'Hôpital des Enfants Malades, dans le service du professeur Hutinel, parce qu'elle vomit et souffre du ventre.

Le père et la mère sont nerveux. Le père est atteint de rhumatismes depuis un an. Deux enfants vivants, l'un, un petit garçon, a été soigné dans le service pour de l'asthme, il y a cinq ans, depuis il a très souvent des crises d'étouffement.

La petite malade est née à terme, pesant 2 kgr. 850; élevée au sein jusqu'à quinze mois, elle a eu sa première dent à neuf mois. Pendant six mois, elle a eu presque sans arrêt de la gastro-entérite. Rougeole à trois ans, coqueluche à trois ans et demie, varicelle quelques temps après.

Ordinairement constipée, l'enfant se plaint fréquemment du ventre depuis six mois. Quand on lui demande où elle a mal, elle montre la région ombilicale, sans bien préciser le siège exact de ses douleurs.

Depuis quelques jours, elle souffre davantage, elle a perdu l'appétit et se plaint de céphalée. Ses selles sont un peu putrides, son haleine fétide. Il y a deux jours, elle a été prise de vomissements qui se sont répétés sans cesse, l'enfant ne pouvant tolérer aucun aliment et aucune boisson. Ces vomissements, d'abord alimentaires, font croire à une indigestion,

puis muqueux et bilieux, ils deviennent presque porracés. Elle n'a pas de diarrhée, plutôt constipée, elle urine fréquemment, dit la mère. Elle n'a jamais été robuste et elle aurait encore maigri depuis quelques jours.

Examen le 24 mai 1911 par M. Hutinel. — Extrémités froides et cyanosées.

Légères traces de rachitisme : tibias incurvés, fémurs arqués.

Ventre très peu rétracté. Corde colique, spasme intestinal

Légère défense de la paroi abdominale, pas de localisation au niveau de la région appendiculaire.

Haleine un peu fétide à odeur d'acétone.

Pas de fièvre.

L'urine examinée au laboratoire contient de l'acétone, il n'y a ni albumine, ni sucre, l'enfant pèse 21 kilogrammes.

Cinq jours après le traitement qui a été celui des colites, il n'y a plus d'acétone dans l'urine, l'enfant mange et quitte l'hôpital le 28 mai.

Obs. XIV. — Crise de colite avec vomissements périodiques. — M. F..., âgée de sept ans, est amenée à l'hôpital parce que hier vers quatre heures du soir, elle a été prise d'un mal de tête violent et de malaises vagues. La mère la fit coucher et une demi-heure après l'enfant fut prise de vomissement. Peu après, elle s'endormit, mais à minuit les vomissements recommencèrent, au même temps que la céphalée qui était de plus en plus violente, tellement que l'enfant se plaignait à chaque mouvement un peu brusque.

Le père vient d'être opéré de l'appendicite, à part cela aucune maladie. La mère bien portante a eu onze grossesses,

dont cinq fausses couches, six enfants sont vivants et bien portants.

La petite malade est né à terme; l'accouchement a été normal. Nourrie au sein par la mère jusqu'à dix-sept mois, l'enfant s'est bien développée, mais à marché seulement vers deux ans et demi. Coqueluche à deux ans, rougeole à quatre ans.

L'enfant qui est habituellement constipée est prise brusquement de malaises avec vomissements abondants qui persistent pendant trois ou quatre jours, et tout rentre dans l'ordre.

C'est la cinquième crise semblable.

A son entrée l'enfant qui n'est pas allée à la garde-robe depuis plusieurs jours a une selle dont les matières sont ovillées, très brunes, la température est à 38°6.

Le lendemain, à l'examen, on constate que la langue est saburrale, l'haleine mauvaise.

On sent dans la fosse iliaque un cordon dur et douloureux qui doit être un appendice scléreux, l'intestin est contracté il y a des matières dure dans le côlon. On donne à l'enfant 10 grammes de sulfate de soude pendant deux jours. Les jours suivants trois verres à bordeaux de la solution de Bourget, la température se maintient un peu au-dessus de 37 degrés et tombe le cinquième jour.

Obs. XV. — Colite avec vomissements acétonémiques. —
B..., Roger, âgé de quatre ans et demi, est amené à l'hôpital parce qu'il vomit tout ce qu'il prend depuis dix jours.

Le père de l'enfant est bien portant, la mère tousse beaucoup, mais n'a jamais eu de hémoptysie.

Le petit malade est né à terme, après un accouchement normal. Nourri au sein jusqu'à trente-deux mois, il a marché à seize mois. Depuis l'âge de cinq mois, il a de l'entérite. Il a eu la coqueluche, la rougeole, la varicelle, une angine. Les selles n'ont jamais été normales et régulières.

Il y a quinze jours l'enfant a eu des vomissements qui ont duré deux jours, tout était immédiatement rejeté, même l'eau. De plus l'enfant se plaignait de mal de tête et aurait eu une forte fièvre. Au bout de deux jours tout s'est calmé. Hier nouvelle crise, l'enfant vomit tout ce qu'il essaye de prendre. Purgé ce matin, il arrive à l'hôpital avec une température de 38° 8, l'abdomen est douloureux, sans localisation bien nette, il n'y a pas de diarrhée, mais au contraire de la constipation.

A l'examen, on trouve quelques traces de rachitisme, pas de Kernig, une ébauche de Brudzinski, le foie est sensible, il y a des matières dures dans l'intestin.

La langue est saburrale, l'haleine fétide présentant l'odeur caractéristique de l'acétone.

L'urine distillée présente nettement les trois réactions de Lieben, Denigés et Legal qui permettent d'affirmer qu'il y a acétonurie.

Le régime et le traitement des colites est institué la température qui était montée à 39° 8, tombe en trois jours aux environs de 38 degrés et les vomissements cessent.

Obs. XVI. — *Colite avec diarrhée tenace et fréquente : treize selles par jour.* — Rose C..., onze ans, entre à l'Hôpital des Enfants-Malades, salle Parrot, le 11 novembre 1911, pour diarrhée profuse.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à quarante-
M. Riberolles

cinq ans de méningite. La mère est bien portante, elle a trois enfants vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein jusqu'à dix-sept mois. Rougeole à trois ans. Varicelle à cinq ans. Scarlatine à huit ans. Depuis lors elle a eu de fréquentes angines et a souvent la voix voilée.

11 mai 1911. — L'enfant est venue consulter une première fois pour une diarrhée qui durait depuis le 18 avril. A ce moment-là elle avait deux gardes-robes par jour jaunes, liquides. Lors de cette crise elle a souffert du ventre dans la région sous-ombilicale, et se plaignait de céphalée.

Depuis trois jours elle est constipée. On prescrit comme régime, des féculents, des pâtes, un peu de viande.

Ce traitement n'améliore pas la petite malade puisqu'au bout d'une quinzaine de jours, elle avait jusqu'à 13 selles diarrhéiques dans la journée.

Hospitalisée salle Gillette, en juin elle y reste trois semaines. Elle y reste de nouveau le mois suivant. Depuis ce temps, deux selles par jour colorées, pas très fétides.

En novembre, elle passe un mois de convalescence à Garches. Il y a trois semaines, elle s'est mise à tousser, et souffrait de céphalée et d'un point de côté gauche. Les maux de tête et les douleurs abdominales ont augmenté depuis deux jours et la petite malade avait trois selles en trois heures. Ces selles étaient diarrhéiques, foncées, fétides, contenant des débris alimentaires non digérés. Elle avait des nausées, mais pas de vomissements. La diarrhée persistait le lendemain; une potion au bismuth l'a arrêtée le jour de son entrée à l'hôpital.

Examen du 16 novembre (M. Hutinel). — Enfant déprimé, toussé et crache.

Bâillements et éructations fréquentes, pas amaigrie, un peu pâle. Ventre peu volumineux, palpation peu douloureuse, intestin donnant la sensation de chiffon mouillé. Quelques ganglions au cou. Poumons normaux. Température 37°2.

17 novembre. — Une selle non diarrhéique normale. Intradermo-réaction positive.

Obs. XVII (Hutinel, *Presse médicale*, 1899). — *Cystite coli-bacillaire et entéro-colite muco-membraneuse.*

— Fillette de vingt-deux mois, amenée à l'hôpital le 11 juin 1893. Au dire de la mère, cet enfant a déprimé et rend des matières glaireuses par l'anus. Elle présente un écoulement vulvaire abondant et l'examen démontre qu'elle est atteinte d'une rectite pseudo-membraneuse, d'une vulvo-vaginite avec sécrétion grisâtre, glaireuse, presque pseudo-membraneuse.

L'enfant paraît souffrir beaucoup, elle porte constamment la main à la vulve, les mictions sont très fréquentes, très douloureuses et les urines muco-purulentes.

L'examen du liquide accumulé dans le vagin, derrière l'hymen, montre l'existence de coli-bacilles innombrables à l'état de culture pure.

Obs. XVIII. — *Colite avec crises paroxystiques dont l'une est accompagnée d'ictère, une autre d'angine.* — D... Suzanne, âgée de quatre ans, est amenée le 20 février

1908, à l'Hôpital des Enfants-Malades parce qu'elle se plaint de troubles digestifs persistants.

Son père est mort d'un cancer de l'estomac il y a huit mois. Sa mère est bien portante, elle a eu 4 enfants dont 2 sont morts de méningite. Une fille de dix-neuf ans est asthmatique.

La malade est née à terme, elle a été nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois. Rougeole à dix-huit mois.

A l'âge de six semaines, les troubles digestifs sont apparus : selles décolorées, vomissements, diarrhée très liquide allant parfois jusqu'à 10-12 selles par jour.

A l'âge de trois ans, la mère a remarqué sur les matières de l'enfant des membranes, des glaires sanguinolentes, parfois des crises de diarrhée alternaient avec une constipation tenace.

A huit ans, *fièvre typhoïde qui dure cinquante jours.*

Cette entérite chronique est entrecoupée de crises aiguës qui surviennent toutes les trois semaines environ. Pendant ces crises, les douleurs abdominales sont très vives, les vomissements surviennent parfois, mais assez rarement.

Quand ils existent, l'intolérance est absolue et les aliments sont rejetés dès qu'ils ont été ingérés.

Il y a six mois à la suite d'une de ces crises très violentes, l'enfant a fait de l'*ictère* qui a duré cinq semaines et depuis, à chaque crise, la couleur jaune de téguments réapparaît.

L'appétit est légèrement diminué et capricieux, la soif vive ; assez souvent l'enfant se plaint d'une sensation de brûlure à l'épigastre.

Très vite fatiguée, elle est très nerveuse. Elle suit depuis

sa petite enfance un régime très sévère presque exclusivement lacté.

Depuis six mois, après son ictère, elle a de l'intolérance pour le lait qu'elle a remplacé par du bouillon de légumes, des bouillies lactées, des pâtes alimentaires.

Depuis deux ans, des palpitations de cœur sont apparues.

Quand on examine l'enfant, on la trouve bien constituée, pas trop maigre, avec une très légère tendance à la scoliose.

L'abdomen est sensible à la palpation, l'intestin est constaté, plein de matières dures.

Le foie est à peine augmenté de volume.

La langue est saburrale et l'haleine mauvaise.

Les amygdales sont hypertrophiées, un peu rouges, rien au poumon. Au cœur, un souffle systolique de la pointe, rude et prolongé; le cœur est hypertrophié, la pointe bat de la sixième espace.

24 février. — Angine pultacée. Température : 39°4. Pas d'herpès, pas d'albumine.

25 février. — Gorge encore un peu rouge, 39°4; un peu de pus dans l'arrière-pharynx.

28 février. — Température : 37°2.

§ 2. — MANIFESTATIONS NERVEUSES AU COURS DES CÔLITES

L'influence de l'hérédité est un fait capital dans la pathogénie de la cœlite; un grand nombre des enfants qui en sont atteints sont, en effet, de souche neuro-arthritique. Ces enfants sont des nerveux, fils

de nerveux, dont les centres sont plus impressionnables et comme des lieux de moindre résistance qui réagissent à l'occasion d'une toxi-infection quelconque. Il n'est donc pas étonnant que, dans la symptomatologie des accidents aigus qui surviennent au cours des cœlites, les manifestations nerveuses occupent une place importante, parfois même prépondérante. Depuis longtemps les altérations du caractère, la céphalée, les vertiges, les terreurs nocturnes avaient attiré l'attention des cliniciens : apparaissant, soit au moment des crises, soit dans l'intervalle de celles-ci, ces manifestations constituent, en quelque sorte, des « équivalents cliniques » selon l'heureuse expression de M. Mathieu. Parfois ce sont de véritables syncopes, ou bien des crises convulsives, ou encore une sorte de méningisme se manifestant soit par de l'agitation, soit au contraire par de la prostration ou de la tétanie. De même, des observations de crises plus ou moins épileptiformes ou choréiques ont été signalées comme apparaissant au cours des cœlites. Ces divers accidents ayant disparu après la régularisation des fonctions intestinales, il semble qu'on soit en droit de faire jouer, aux altérations du gros intestin et à l'intoxication que celles-ci favorisent, un rôle dont l'importance, variable suivant les cas, n'en est pas moins certaine.

Nous étudierons successivement les manifestations nerveuses suivantes :

A. — Crises de cœlite avec perte de connaissance.

B. — Crises s'accompagnant de cauchemars et de terreurs nocturnes.

C. — Crises à forme méningée avec prostration, agitation ou tétanie.

D. — Crises convulsives.

E. — Crises épileptiformes.

A. — Crises syncopales

En plaçant les crises syncopales parmi les manifestations nerveuses, nous ne voulons rien présumer de la pathogénie de ces accidents sur laquelle nous nous sommes longuement étendu d'ailleurs dans un chapitre spécial. Tantôt la perte de connaissance survient au cours d'une crise intestinale, à titre d'épiphénomène ; tantôt elle semble, à elle seule, constituer toute la maladie, la débâcle diarrhéique qui la suit le plus souvent passant parfois inaperçue, tellement l'attention des parents est absorbée par la syncope, qui est le symptôme le plus bruyant de la crise.

Le plus souvent la perte de connaissance est subite, survenant en général après le repas. L'enfant est pris d'un malaise, soudain il pâlit, sent ses membres se dérober sous lui et tombe inerte. Cette crise, brusque en apparence, a été en réalité préparée comme tout épisode aigu, par quelques jours de malaises mal définis, et une aggravation de la constipation qu'on

retrouve toujours si on cherche avec soin. L'enfant peut sentir sa crise venir, il a mal à la tête, a des vertiges et demande à se coucher. La perte de connaissance est, en général, courte, la durée la plus habituelle étant de cinq à dix minutes, elle se prolonge rarement au delà d'un quart d'heure.

Ces syncopes peuvent se répéter, mais cette répétition est rare, dans la même crise la seconde est moins longue que la première. Pendant la perte de connaissance, le malade est pâle, les extrémités refroidies, le pouls est petit, la tension artérielle abaissée, les bruits du cœur faibles et assourdis. Il n'y a pas de cri initial, pas de morsure de la langue, pas de perte des matières ni de l'urine. Le plus souvent la syncope est suivie d'une débâcle diarrhéique qui semble mettre fin à la crise.

La connaissance de ces accidents syncopaux d'origine côlique, leur ressemblance avec certaines crises comitiales larvées, ont conduit M. H. Millon à faire une petite enquête sur les pertes de connaissances qui se produisent chez les collégiens, afin de savoir si, dans certains cas, on ne pouvait pas leur reconnaître une origine intestinale. Ces faits ont été publiés dans un travail que son auteur a bien voulu nous envoyer et dont nous sommes heureux de donner les résultats. « Deux professeurs voulurent bien nous amener chacun deux élèves sujets à ces malaises. Ces jeunes gens étaient âgés de douze à quatorze ans. Un interrogatoire minutieux et un examen approfondi ont montré que deux d'entre eux présentaient

de la constipation chronique avec glaires et côlite spasmodique assez peu douloureuse. Plusieurs fois dans l'année, ils perdaient connaissance après avoir ressenti un léger malaise. Cette syncope durait quelques minutes et elle était suivie d'une débâcle pseudo-diarrhéique fétide. L'un de ces malades a été traité pour des accidents intestinaux : la constipation et les débâcles ont disparu ; les crises syncopales ne se sont pas reproduites. Le deuxième malade n'a pu être suivi. Le troisième avait une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale accompagnée de péricardite. Le quatrième était un épileptique, qui eut plus tard de grandes crises. »

Ces faits ne sont pas rares chez l'enfant, c'est que chez lui les réactions nerveuses, trouvant un terrain neuf et un système nerveux plus sensible, sont plus vives et plus faciles que chez l'adulte. Chez celui-ci elles seront beaucoup moins fréquentes, car il faudra des excitations beaucoup plus fortes pour faire apparaître les mêmes réactions.

Il ne faudra pas confondre ces pertes de connaissances avec les crises d'épilepsie dont le début est, en général, plus brusque avec cri initial, morsure de la langue, perte des matières et des urines, absence complète de souvenir, tous symptômes que l'on ne rencontrera pas dans les syncopes d'origine colique.

**B. — Crises frustes s'accompagnant
de céphalée, de cauchemars,
de terreurs nocturnes.**

Les observations où ses divers phénomènes sont notés sont très fréquentes. On peut les rencontrer à l'état permanent chez certains enfants, mais avec aggravation dans les périodes qui précèdent les débâcles intestinales, et amélioration ou disparition complète après la crise. Ces enfants sont sujets à de violents maux de tête à forme migraineuse, ils se couchent harassés et pourtant s'endorment difficilement. Leur sommeil est agité, entrecoupé de rêves et de cauchemars, parfois ils s'éveillent en proie à une terreur indicible, se débattant et se défendant contre des ennemis imaginaires. L'œil hagard, le regard fixe et terrifié, la face congestionnée, couverts de sueurs, ils semblent en proie à une vision d'épouvante, cherchant à fuir un danger menaçant. Peu à peu la vision semble disparaître et le danger s'éloigner, l'enfant se calme et se rendort d'un sommeil profond.

A côté de ces accidents plus spécialement aigus et dramatiques, il en est d'autres que nous ne pouvons passer sous silence : ce sont les altérations du caractère. Celles-ci sont fréquentes, et tel enfant qui était gai, travailleur, devient grognon et paresseux. Il ne joue plus, pleure et crie sans raisons, ne sup-

porte aucune observation, il a sans cesse des caprices et se roule à terre à la moindre réprimande. Tout travail cérébral lui devient pénible, sa mémoire qui était bonne devient paresseuse, il n'écoute plus en classe et d'excellent élève qu'il était il passe au dernier rang de la classe.

Pour faire disparaître cet état qui est sous la dépendance de l'intoxication digestive, il suffira de traiter l'état intestinal, et de donner de petites doses de bromure le soir, car il ne faut pas oublier que ces enfants, avant d'être des « intestinaux », sont avant tout des nerveux.

C. — Crises aiguës s'accompagnant de réactions méningées.

Pendant les épisodes aigus au cours de la cõlite, il arrive souvent de noter de la prostration, de l'asthénie. Couchés dans leur lit, sans mouvements, ces enfants sont pâles, abattus, le regard fixe et anxieux, la respiration suspicieuse, le pouls irrégulier, se plaignant de céphalée et d'éblouissements. La peau est flasque, les extrémités sont froides, le ventre retracts, l'haleine est fétide, la langue saburrale, l'urine rare. Joignez à cela des vomissements faciles et fréquents, une constipation opiniâtre et le diagnostic de méningite apparaîtra certain dans votre esprit. Parfois même, à ce tableau, pour compléter la symptomatologie de la méningite tubercu-

leuse, s'ajoute une grande impressionnabilité au bruit et à la lumière, des petits cris plaintifs sous la dépendance de vives coliques, un certain degré de raideur de la nuque et de contracture, rendant le diagnostic impossible par la seule clinique. Dans ces cas si complexes, seule la ponction lombaire, qui donne un liquide clair sans éléments étrangers, permet d'éliminer la méningite tuberculeuse. D'autres fois, le traitement, en faisant rapidement disparaître ces accidents sous l'influence d'un purgatif ou d'un lavement, permet d'attribuer à ces réactions méningées leur véritable origine. Dans quelques cas, le diagnostic est d'une difficulté extrême, nous voulons en donner pour preuve le cas rapporté par M. le professeur Hutinel :

« Je voyais, il y a dix-huit mois, avec deux de mes collègues, une fillette de deux ans et demi qui présentait au complet tous ces accidents. Elle était fille d'une mère dont le sommet du poumon droit avait été lésé et elle portait un léger strabisme que les parents n'avaient guère remarqué. Nous discutâmes l'existence d'une simple réaction méningée; mais, au fond, nous étions inquiets et nous redoutions une méningite tuberculeuse. La ponction lombaire nous fournit un liquide absolument normal : le doute n'était plus guère possible, après quelques jours d'un régime très simple l'enfant était guérie ».

Quelques fois le symptôme dominant de ces formes méningées n'est plus la prostration mais au

contraire l'agitation. Les enfants sont dans un état d'agitation continuel, remuant bras et jambes, se jettant de tous les côtés dans leur lit par des mouvements brusques et saccadés ; remuant sans cesse leur tête sur l'oreiller, ils finissent par s'user les cheveux et présentent une alopécie circulaire de la région occipitale. D'autres, l'œil hagard, ne reconnaissent personne, ils parlent ou gémissent sans cesse, répétant toujours d'un air hébété le dernier mot qu'ils viennent d'entendre.

A l'asthénie et à l'agitation peut faire place chez les tout petits un certain état de raideur généralisé, une sorte de tétanie avec petits mouvements convulsifs. Ch. Leroux en a rapporté un cas chez un enfant de deux ans qui, à l'occasion d'une crise de cœlite fit des convulsions et une tétanie manifeste des quatres membres avec signe de Trousseau, œdème du dos des mains et des pieds.

Toutes ces manifestations traduisent chez ces enfants une orientation vicieuse de leur système nerveux. Dans certains cas où ces troubles s'accompagnent de modifications de la respiration et du cœur on a invoqué pour les expliquer des altérations du pneumogastrique. Il semble bien difficile de systématiser d'une façon exacte ces lésions qui sont bien davantage une réaction diffuse du système nerveux tout entier contre la toxi-infection d'origine intestinale chez des enfants prédisposés.

D. — Crises convulsives

On sait combien les convulsions sont fréquentes et banales chez les très jeunes enfants ; elles semblent cependant apparaître avec une prédilection marquée au cours des accidents gastro-intestinaux comme si les produits toxi-infectieux nés dans l'intestin exerçaient une action élective sur les centres nerveux. Plus les enfants atteints de cõlïte sont jeunes, plus les convulsions sont fréquentes au moment des crises ; chez quelques-uns elles apparaissent à chaque rechute de cõlïte, chez d'autres elles ne se reproduisent pas. Il arrive qu'elles sont le premier symptôme de la crise ; plus souvent celle-ci débute par de la céphalée, des vomissements bilieux ou muqueux plus ou moins abondants et fréquents, s'accompagnant de selles liquides ou fétides, puis surviennent les convulsions. Celles-ci se présentent sous différents types : elles peuvent être généralisées ou simplement partielles, localisées le plus souvent aux yeux. Au bout de vingt-quatre heures, elles ont en général disparu, laissant place à un état de malaise, avec assoupissement ou agitation qui ne tarde pas à se dissiper également.

Crises épileptiformes. — Moins banales et plus intéressantes sont les crises épileptiformes. Elles surviennent chez des enfants plus âgés que ceux qui

font des convulsions simples, parfois chez ces mêmes enfants. Il semble, en effet, que les crises convulsives de la petite enfance survenues à l'occasion des troubles digestifs, peuvent, en s'associant à l'hérédité, favoriser l'apparition ultérieure des crises épileptiformes. L'épilepsie ne serait qu'un mode de réaction du système nerveux chez des individus à aptitude convulsive (Joffroy), et qui peut être déterminée par des excitations très diverses. Aussi parmi ces causes occasionnelles la crise de colite peut-elle être rangée ; les convulsions épileptiformes traduisant le mode de réaction d'un cerveau prédisposé, la colite en étant la cause provocatrice.

Le traitement dirigé contre l'entéro-colite en faisant disparaître la cause occasionnelle, supprimera les crises épileptiformes tout en laissant intacte l'aptitude convulsive. M. Babonneix, dans *le Traité des maladies de l'enfance* du professeur Hutinel a résumé en ces quelques mots la pathogénie de l'épilepsie. « Pourquoi ne pas dire : l'épilepsie peut être causée par les causes les plus diverses, comme par les lésions les plus dissemblables, pourvu que celles-là exercent leur influence sur un terrain prédisposé par l'hérédité névropathique, et que celle-ci soit suffisamment intense et étendue pour modifier le jeu normal des fonctions cérébrales. »

Les mêmes théories peuvent être invoquées en faveur des mouvements choréiques qui peuvent survenir à l'occasion d'une crise de colite. D'ailleurs il n'est pour ainsi dire pas d'état infectieux qui

n'ait été signalé comme capable de faire apparaître la chorée dans certaines conditions. Celles-ci étant surtout dominées par l'apitude nerveuse de l'enfant à réagir suivant un mode donné à telle ou telle excitation.

Dans toutes ces manifestations, la colite n'est que la cause occasionnelle, la cause réelle doit-être recherchée dans l'hérédité nevropathique et dans la prédisposition qu'elle crée aux réactions nerveuses. Il faut tenir compte aussi de ce fait que la colite elle-même se développe le plus souvent sur un terrain semblable, cette coïncidence expliquant la fréquence des manifestations nerveuses chez les colitiques.

Pour expliquer ces réactions nerveuses à distance, deux théories sont en présence. Bouchard invoque l'intoxication d'origine digestive. Potain et Robin soutiennent l'origine réflexe de ces accidents. Il est facile de concilier ces deux opinions, la théorie éclectique de M. Hutinel répond à cette préoccupation. C'est qu'en effet, suivant les cas, l'influence de l'intoxication ou celle du réflexe sont prépondérantes, mais elles sont souvent associées, l'intoxication existant toujours et jouant le rôle le plus important chez l'enfant qui est plus sensible à celle-ci que l'adulte, en raison sans doute de l'« absence de vaccinations antérieures » suivant le mot de M. Mathieu. Il ne faut pas oublier non plus que la constipation entretenant un état d'intoxication constant sensibilise l'organisme et prépare la crise en rendant hyperexcitable le système nerveux. Que l'incitation immédiate

dans les crises épileptiformes vienne d'un réflexe parti de l'intestin, nous l'admettons facilement ; mais ce n'est que la goutte d'eau qui a fait déborder le vase, l'intoxication en préparant l'organisme n'en a pas moins joué le plus grand rôle.

Il est donc d'une grande importance d'examiner avec soin l'état du tube digestif de l'enfant qui présente des manifestations nerveuses, et de traiter la colite si elle existe. En faisant disparaître la cause occasionnelle : la colite, on fera disparaître l'effet : les crises nerveuses. Traiter la colite, c'est prévenir souvent certaines tares nerveuses de l'adulte qui peuvent devenir permanentes, car c'est chez l'enfant que le système nerveux prend le plus facilement une orientation vicieuse. Pour empêcher le retour de ces manifestations nerveuses, il faut agir de suite sur la colite, car à chaque crise la cause occasionnelle, nécessaire devient plus minime, le cerveau acquérant une aptitude plus grande à réagir. D'autre part, c'est chez l'enfant que le traitement est le plus facile et le plus efficace, car les mauvaises tendances n'ont pas eu le temps de prendre de profondes racines.

OBSERVATIONS

Dans ce deuxième groupe nous avons réuni les observations qui se rapportent aux différentes mani-

festations nerveuses que nous venons d'étudier. Les unes ont été recueillies à la clinique du professeur Hutinel, les autres ont déjà été publiées par différents auteurs.

Obs. XIX. — *Côlite avec réaction syncopale chez une petite nerveuse.* — Léontine P..., âgée de neuf ans, est amenée à l'hôpital le 5 avril 1913, parce qu'elle se plaint du ventre depuis plusieurs mois.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant. La mère a eu une pleurésie, il y a un an. Elle sort de l'hôpital Necker où elle vient d'être soignée pour une congestion pulmonaire. De plus elle aurait eu des hémoptysies à plusieurs reprises. Sur dix enfants, sept sont morts de méningite entre cinq et huit ans. Un garçon de dix mois a en ce moment une broncho-pneumonie.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein. Broncho-pneumonie à quatre ans. Rougeole à cinq ans, coqueluche à cinq ans et demie, vaginite il y a deux ans et ophtalmie purulente l'an dernier.

Actuellement l'enfant n'a pas d'appétit, mange très peu et maigrit. Sans cesse, elle se plaint de douleurs abdominales. Très souvent après le repas l'enfant pâlit brusquement et perd connaissance pendant une dizaine de minutes sans faire un mouvement. Elle ne crie pas, ne perd pas ses urines, ne se mord pas la langue. Quand elle revient à elle, la fillette, qui d'ordinaire est très constipée, est prise de diarrhée profuse.

A l'examen, on trouve une enfant pâle et maigre, les yeux fatigués. Quelques traces de rachitisme, les fémurs légèrement déformés, ainsi que les extrémités digitales. Pas de

cyanose, pas de Kernig. Le foie n'est pas volumineux, rien à l'appendice. Un peu de matières dans le gros intestin qui est un peu sensible.

Anesthésie complète des conjonctives et de la gorge.

M. Hutinel a présenté cette enfant à ses leçons du mercredi et porte le diagnostic de réaction colique avec syncope chez une petite nerveuse.

Obs. XX (due à l'obligeance de M. J. Ch. Roux). — *Crise syncopale suivie d'une débâcle diarrhéique*. — En novembre 1912, j'étais appelé auprès d'un enfant de deux ans et demi qui venait de présenter un accident fort inquiétant. Depuis le 15 octobre, il avait mauvaise mine et il avait eu quelques selles décolorées, mais pas de diarrhée.

Le matin du jour où je suis appelé, on avait donné à l'enfant un laxatif léger dont il avait l'habitude. L'après-midi, l'enfant sort avec sa grand'mère et dans la rue, il est pris subitement de malaises, il pâlit, et il perd presque aussitôt connaissance dans les bras de sa grand'mère affolée. Cette syncope complète dure pendant une demi-heure. La grand'mère transporte l'enfant chez un pharmacien qui partage son émoi et spontanément la connaissance revient au bout d'une demi-heure environ et l'enfant présente une débâcle diarrhéique abondante, la température le soir ne dépasse pas 37 degrés.

Le jour suivant, l'enfant a la mine tirée, il est pâle, mais il n'a pas de diarrhée. Les lavements ramènent des garde-robes qui ne contiennent pas de mucosités. L'examen des urines recueillies le jour suivant la crise révèle une *proportion extraordinaire d'indican et de phénol*. L'enfant est mis à un

régime sévère, très riche en hydrate de carbone, et il se rétablit. Depuis lors, sauf un état d'anémie assez marqué, l'enfant ne va pas mal, il a repris sa croissance normale, l'intestin fonctionne bien, il existe seulement une intolérance évidente pour toutes les légumineuses qui provoquent une diarrhée fétide.

Obs. XXI. — *Côlite avec réaction syncopale.* — K... Jean, âgé de onze ans, est amené à l'hôpital parce qu'il présente parfois des syncopes. Il est issu de parents bien portants. Il a un frère et une sœur qui sont également bien portants.

Né après une grossesse difficile et un accouchement normal, il a été nourri six mois au sein maternel, a eu sa première dent à dix mois et a marché vers deux ans. Il a eu la rougeole et la varicelle à trois et quatre ans.

Il y a deux jours, et pour la première fois, l'enfant a été pris de syncope après le déjeuner, quelques minutes après avoir fini de manger. Il est resté quelques minutes sans connaissance, et quand il est revenu à lui, il s'est plaint d'un violent mal de tête et a demandé à se coucher. Cette défaillance a repris le petit malade ce matin avant toute prise d'aliments; on lui a donné du café mais il l'a vomi immédiatement. A la consultation de l'Hôpital-des-Enfants-Malades il a été pris d'une nouvelle syncope.

Pendant ces pertes de connaissance, l'enfant est immobile, il ne perd pas ses urines, ne se mord pas la langue. Il semble être averti par des malaises et des vertiges, parce qu'il demande à se coucher. Il n'y a pas d'aura, pas de cri initial.

A son admission dans la salle, l'anorexie est absolue, il a vomi plusieurs fois du liquide verdâtre bilieux.

Les selles de l'enfant ne sont pas régulières, il se plaint fréquemment de céphalée. La circulation est défectueuse, les extrémités froides et cyanosées. Il est porteur d'une légère hernie inguinale. Sur le trajet du côlon on constate une légère douleur. La température est de 37°3.

M. Hutinel qui a examiné l'enfant porte le diagnostic de colite.

Obs. XXII (A. Millon et L. Marre). — *Côlite à forme d'indigestion grave avec perte de connaissance.* — M. C..., treize ans, Péruvien. Il est en France depuis six mois. Jusque-là il était bien portant à part une légère tendance à la constipation dont personne ne s'était d'ailleurs préoccupé. C'est un grand mangeur de viande et un tachyphage.

Le 25 mars 1909, le Dr Millon est appelé auprès de lui. L'enfant, qui est au collège, a perdu brusquement connaissance dans l'après-midi pendant quelques minutes. Comme il se plaignait de ressentir de légères douleurs abdominales, on l'a conduit à l'infirmerie. Une heure après il avait une débâcle intestinale très fétide, avec selles diarrhéiques au milieu desquelles on remarque quelques scybales et des muco-membranes.

L'enfant, examiné à ce moment, a l'haleine fétide, le teint légèrement subictérique. Le gros intestin est contracturé et douloureux surtout au niveau du côlon descendant qui forme une corde douloureuse à la pression.

La région épigastrique est normale, on n'y peut noter aucune sensibilité particulière.

Le foie est normal. On n'observe aucun trouble cardiaque ; les urines ne contiennent pas d'albumine.

Cette crise n'est d'ailleurs pas la première mais elle est plus intense que les précédentes. L'enfant a eu, en effet, quelques mois auparavant deux pertes de connaissance qui sont survenues dans l'après-midi, à l'heure de la classe et qui ont été suivies de petites débâcles. A la suite de l'une d'elles, les parents de l'enfant avaient noté l'apparition d'une éruption d'urticaire.

Le malade est mis au traitement consistant en un régime presque exclusivement végétarien et en l'emploi de belladone et d'huile de ricin à petites doses pendant quatre ou cinq jours.

Rapidement les selles se régularisent ; en même temps la sensibilité intestinale disparaît, ainsi que la céphalée frontale dont se plaignait très souvent le malade pendant les périodes de constipation. Revu plusieurs mois après, l'enfant est très bien portant, la constipation est supprimée et avec elle les crises et les malaises précédemment observés.

Obs. XXIII. — *Côlite avec agitation nocturne, cauchemars et épistaxis.* — Il s'agit d'un enfant de quatre ans et demi qui est issu de parents bien portants, la mère a fait deux fausses couches et a eu deux enfants qui sont vivants.

Le petit malade a été élevé au biberon à la campagne et a été atteint de gastro-entérite persistante. Il était le plus souvent constipé et n'allait à la selle qu'à la suite de lavements ou de suppositoires.

Agité la nuit, il est souvent pris de terreurs, de cauchemars, il crie, il appelle au secours. Et cela depuis quinze

jours surtout. La maladie aurait débuté par un mal de tête assez prononcé, de la somnolence ; l'enfant est devenu triste et a eu une petite angine.

Très constipé depuis trois jours, ces terreurs nocturnes ont redoublé d'intensité, et l'enfant refuse toute nourriture.

On constate à l'examen que l'abdomen est douloureux surtout au niveau du côlon qui est rempli de matières dures. La corde colique est très nette. Le traitement et le régime des côlites sont institués, l'enfant rend une selle très abondante contenant des matières dures, noirâtres et très fétides. Après un court séjour à l'hôpital, les selles sont devenues normales et l'enfant quitte la salle très amélioré, l'agitation et les terreurs nocturnes ayant disparus.

Obs. XXIV. — S... Raymond, huit ans.

Père bien portant, mère bacillaire, sur cinq enfants deux sont morts. Né à terme. Nourri au biberon, il a eu de l'entérocolite dans les premiers mois. Rougeole à cinq ans. Broncho-pneumonie à six ans.

Depuis quelque temps l'enfant est plus constipé, il a perdu l'appétit, est triste, maigrit, se plaint de douleurs abdominales.

Il n'a jamais vomi, ses selles dures, ovillées, ne contiennent ni glaires, ni muco-membranes.

Souvent la nuit il a des cauchemars, se réveille subitement pris de terreur. Il est nerveux et a des tics de la face.

À l'examen, on constate que l'abdomen est douloureux ; il y a un point appendiculaire assez net, des matières dures dans le côlon descendant. L'intestin est contracté.

Obs. XXV. — (Mirallié, citée de la thèse de Marre.) — *Côlite avec agitation et terreurs nocturnes.* — M^{lle} L..., âgée de cinq ans, est issue de parents très nerveux. Du côté de la mère que nous connaissons le mieux : mère très nerveuse et impressionnable, un frère de la mère est atteint de neurasthénie avec phobies ; il a présenté en outre de la paralysie faciale périphérique. Une sœur aînée de la malade, âgée de neuf ans, est migraineuse. Une cousine germaine, âgée de cinq ans, est sujette à des vomissements acétonémiques avec acholie pigmentaire.

Notre petite malade élevée au sein a été atteinte d'entérite muco-membraneuse aussitôt après le sevrage. La constipation jadis opiniâtre, semble moins accentuée aujourd'hui, mais par contre plus souvent entrecoupée de poussées diarrhéiques extrêmement fétides, avec fièvre ; l'haleine est mauvaise, les nuits sont agitées, la malade parle haut, se fâche, gronde sans cesse et grince des dents. Parfois elle est prise de terreurs nocturnes, souvent suivies le lendemain de débâcles diarrhéiques.

Le caractère de l'enfant est insupportable, acariâtre : sans cesse fâchée, pleurant et criant sans raison, elle se met dans des colères pendant lesquelles elle se roule à terre et brise tout ce qu'elle saisit. Régime et traitement de l'entérocolite... Progressivement et après deux ans de soins, l'entérocolite peut être considérée comme guérie. Depuis plusieurs mois les gardes-robes sont spontanées, régulières et sans glaires. Les nuits sont redevenues calmes ; les terreurs nocturnes ont complètement disparu, ainsi que les grincements

de dents ; mais encore, cependant à intervalles beaucoup plus éloignés, l'enfant parle haut la nuit.

Obs. XXVI. — *Crise de cölite avec céphalée, vertiges et cauchemars se terminant par une débâcle pseudo-diarrhéique.* — M... Albertine, âgée de douze ans et demi, est amenée le 17 février 1908, salle Parrot, parce qu'elle se plaint de céphalée, de vertiges et de douleurs abdominales.

Le père de l'enfant a eu une coxalgie à douze ans ; la mère, bien portante, a eu 8 enfants dont 2 seulement sont vivants. Les autres sont morts de méningite. L'autre enfant est en traitement à Hendaye pour anémie et adénopathie cervicale.

Notre malade est née à terme, nourrie au sein, elle a marché à huit mois. Elle a eu la rougeole et la varicelle. Sa santé aurait été bonne si elle n'avait eu quelques crises d'entérite et une constipation rebelle.

Depuis trois jours l'enfant se plaint d'un point de côté abdominal droit, de céphalée et de vertiges. Elle est fiévreuse et a des cauchemars la nuit. Très constipée, elle n'a pas vomi. Sa température est de 38°5.

C'est une enfant bien constituée, un peu pâle cependant, elle accuse de la douleur abdominale surtout nette à droite, on sent des matières dures dans l'intestin. La gorge est rouge avec quelques points blancs sur l'amygdale droite. Rien au poumon, rien au cœur. La langue est un peu saburrale, il y a de l'herpès aux lèvres.

19 février. — 37°4, enfant très abattue.

Les jours suivants, la température se maintient à 38 degrés, 38°7. Matières dures dans l'intestin, selles ovillées avec

glaires et membranes. La crise se termine par une véritable débâcle pseudo-diarrhéique contenant des matières dures flottant dans un liquide muqueux horriblement fétide.

Obs. XXVII. — Célite avec réaction méningée. — P... Andrée, deux ans et demi, est née à terme et a été nourrie au biberon jusqu'à un an.

Ses parents sont bien portants.

Otite double avec otorrhée depuis deux mois.

Rougeole à dix-huit mois. Bronchite à deux ans.

Il y a quinze jours, elle a été menée à la consultation des Enfants-Malades parce qu'elle n'avait pas d'appétit, se plaignait sans cesse et dormait mal. A cette époque pas de diarrhée, pas de constipation.

Actuellement la mère ramène son enfant parce qu'elle refuse complètement le lait et qu'elle est très constipée. Les selles sont très fétides et glaireuses.

A l'examen du 29 janvier, on trouve une enfant pâle, ayant les extrémités cyanosées. Des petits ganglions dans les aisselles.

Le tronc et la nuque sont raides, les membres légèrement contracturés. Le signe de Kernig est douteux. Le signe de Babinski positif. Il n'y a pas de troubles oculaires.

Le ventre est tendu, douloureux, il y a des matières dures dans l'intestin. Température 39 degrés.

Il n'y a pas de troubles respiratoires, le diagnostic est hésitant, mais la ponction lombaire est négative. On trouve :

Liquide clair : 6 centimètres cubes.

Pas d'albumine en quantité supérieure à la normale.

Pas de réaction cellulaire anormale.

Le lendemain la défense de la paroi abdominale est plus marquée à gauche où l'on sent nettement la corde cœlique.

La température baisse peu à peu, les spasmes diminuent, les fonctions digestives se régularisent et la crise est complètement terminée en huit jours.

Obs. XXVIII. — *Côlite s'accompagnant d'érythème et de symptômes de méningite tuberculeuse.* — L... Renée, un an et demi.

Entre à l'hôpital des Enfants-Malades parce qu'elle a de la fièvre et est très abattue. Le père et la mère sont bien portants. Ils ont eu quatre enfants dont un est mort à huit mois.

La petite malade est née à terme ; élevée au biberon, elle a marché à quinze mois. Depuis son enfance, elle digère mal, ses selles n'ont jamais été régulières ; à un an, elle ne pesait que 4 kilos. Depuis quelque temps elle semblait aller mieux, lorsqu'il y a quatre jours elle a été prise de nausées et de vomissements, s'accompagnant de fièvre et de céphalée. L'enfant était très abattue et poussait de petits cris plaintifs.

A l'examen on constate des traces de rachitisme. Le ventre est un peu gros, la circulation défectueuse. La peau est flasque.

On constate au niveau des membres inférieurs un érythème surtout marqué à la racine de la cuisse, au pourtour de la vulve.

La rate et le foie sont peu augmentés de volume.

Pas de Babinski, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, pas de signes oculaires de méningite.

La respiration est peu fréquente, irrégulière, avec des arrêts.

Les amygdales sont un peu grôsses.

Dans la journée, l'enfant rend une seule selle mal digérée et très fétide.

La température est à 39°6.

On donne à l'enfant du sulfate de soude, des lavements à l'eau de guimauve. On le met à la diète hydrique et dès le lendemain l'amélioration est manifeste. La température est à 37°8.

Trois jours après, rechute. Température 39°7. On fait le même traitement et la fièvre tombe définitivement deux jours après.

Obs. XXIX. — *Côlite avec réaction méningée.* — Léon B..., âgé de trois ans, est entré salle Bouchut le 5 avril 1913 pour céphalée, vomissements et raideur. Un médecin appelé a fait le diagnostic de méningite.

Antécédents héréditaires. — Aucun antécédent pathologique.

Antécédents personnels. — Né à terme après un accouchement normal. Première dent à sept mois. Premiers pas à quatorze mois. A été nourri au biberon.

L'an dernier l'enfant a eu une petite bronchite qui a duré huit jours. Cet hiver, nouvelle bronchite.

Maladie actuelle. — Début mardi soir (aujourd'hui samedi), par des vomissements et des douleurs de tête. Ces vomissements étaient glaireux, se faisant sans effort, l'intolérance était complète.

L'enfant a de la céphalée, surtout depuis jeudi, où on aurait constaté un certain degré de raideur. Pas de diarrhée,

mais constipation opiniâtre. La température prise à son arrivée dans la salle était de 38°8.

A l'examen, les extrémités sont cyanosées et froides, le ventre rétracté. Pas de dissociation des réflexes. La raideur a disparu ou est peu marquée. Pas de Kernig. Pas de raideur de la nuque bien nette. Pas de signe de Brudzinski.

Au niveau de l'abdomen on sent nettement la corde colique, avec défense musculaire de la paroi, surtout marquée au niveau de la fosse iliaque droite.

La langue est saburrale, l'haleine fétide. La respiration est fréquente, le pouls pas très régulier. Quelques ganglions au niveau du cou. Un souffle léger au niveau du hile du poumon, traduisant un certain degré d'adénopathie trachéo-bronchique. L'intradermo-réaction à la tuberculine est positive.

On donne à l'enfant 10 grammes de sulfate de soude, des lavements à l'eau de guimauve. Puis deux jours après, régime féculent et solution de Bourget, tous les symptômes disparaissent. L'enfant sort guéri après un séjour d'une semaine à l'hôpital.

Obs. XXX. — *Côlite ayant fait penser à une méningite ou à une fièvre typhoïde.* — René F..., âgé de douze ans et demi, est amené à l'hôpital des Enfants-Malades où il est admis dans le service de M. Hutinel parce qu'il souffre du ventre.

Ses parents sont inconnus, il est dans un patronage depuis cinq ans, il a eu la rougeole et la coqueluche dans sa petite enfance.

Depuis cinq jours il est malade. Il a d'abord présenté de

vagues douleurs dans la région lombaire, il avait mal à la tête, n'avait pas d'appétit. A son entrée, on constate qu'il a un peu de raideur de la nuque et que les mouvements de la tête sont douloureux.

Au niveau de l'abdomen il souffre un peu partout. Cependant ces douleurs semblent se localiser surtout au niveau du gros intestin.

Il est d'habitude très constipé, ses selles sont très dures et par moment il a des coliques très douloureuses. On lui a donné un lavement qui a amené une véritable débâcle de matières ovillées très dures et fétides. Il n'a eu ni épistaxis, ni vomissements.

La température est de 39°4.

Examen. — C'est un enfant bien développé pesant 31 kgr. 900 et mesurant 1 m. 39, son ventre est souple et se laisse facilement déprimer. Le côlon descendant est rétracté, la rate est perceptible. Le poumon et le cœur sont normaux, les réflexes sont un peu diminués, il y a un peu de Kernig, pas trop de raideur.

La ponction lombaire donne 3 centimètres cubes de liquide, dans lequel on ne trouve ni albumine ni cellules en proportion anormale.

On donne à l'enfant 15 grammes de sulfate de soude, on le met à la diète hydrique, la fièvre tombe et au bout de trois jours la température est revenue à la normale.

Obs. XXXI. — *Côlite avec convulsions chez un enfant de sept ans.* — Yves V..., âgé de sept ans, est amené salle Bouchut le 21 septembre 1911 parce qu'il a été pris de convulsions.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique et bacillaire. Mère bien portante. Quatre enfants morts de tuberculose, le plus âgé à vingt-huit mois.

Antécédents personnels. — Né à terme, il a été élevé au biberon. Abscès multiples depuis la naissance, très constipé.

Depuis plusieurs nuits l'enfant s'agite, crie, a des cauchemars, le matin il a des convulsions. Quand il arrive à l'hôpital, il est en proie à des convulsions généralisées, les lèvres bleues, la face cyanosée.

On baigne l'enfant, on lui fait une injection d'huile camphrée. La ponction lombaire ramène un liquide non hypertendu, clair sans albumine. Le lendemain il est examiné par M. Hutinel. On trouve un enfant porteur d'abcès multiples : pas de Kernig, pas de raideur de la nuque. Strabisme, pupilles contractées, poulx inégal. Inégalité respiratoire avec pauses de temps en temps. Le fond de l'œil est examiné, il est trouvé normal.

Le diagnostic est convulsions d'origine intestinale.

Obs. XXXII. — *Côlite avec crises convulsives.* — B... Anne-Marie, deux ans, est issue de parents bien portants. Ceux-ci ont eu quatre enfants dont un est mort hydrocéphale à trois mois. Un petit garçon est sujet aux convulsions.

La petite malade est née à terme, pesant 7 livres. Elevée au sein maternel jusqu'à un an, elle mange depuis comme ses parents sauf la viande et le vin ; comme boisson, on lui donne des tisanes.

Jamais malade, sauf quelques troubles digestifs, elle aurait eu cependant une crise de convulsions il y a trois mois.

Ce matin, l'enfant aurait été prise de convulsions qui ont duré cinq minutes environ. Elle est devenue rouge, levait les bras en l'air rigides, puis se contracturait tout entière.

L'enfant présente le plus souvent de la constipation allant difficilement à la selle. Son ventre est peu gros, il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite, des matières dures dans le côlon descendant. Les selles sont dures, ovillées, il n'y a ni glaires, ni muco-membranes.

On constate des traces de rachitisme, les tibias sont incurvés, le thorax déformé. Il n'y a ni raideur de la nuque, ni troubles oculaires.

La température est de 38°5.

Obs. XXXIII (Cautru, *Médecine moderne*, 1895). — *Côlite muco-membraneuse et épilepsie*. — Les fillettes P..., âgée l'une de douze ans, l'autre de quatorze ans, cette dernière assez bien réglée, furent prises presque en même temps, en bonne santé, d'accidents nerveux, qui se manifestent surtout la nuit. Ces accidents étaient annoncés par des cris suivis immédiatement d'attaques convulsives ayant tous les caractères de l'épilepsie (écume à la bouche, morsure de la langue, émission involontaire d'urine). En examinant les enfants, on ne trouva aucun caractère d'hystérie : ni hémi-anesthésie, ni sensibilité ovarienne, ni points hystérogènes. On ne trouva non plus, aucun antécédent nerveux dans la famille, mais en interrogeant la mère sur la nature des garde-robes, on apprit qu'elles contenaient des fausses membranes en quantité plus ou moins considérables suivant les jours. Les malades furent mises au traitement de l'entérite muco-membraneuses et prirent de

l'eau de Châtelguyon et de Hombourg alternativement. Ces accidents nerveux ne tardèrent pas à diminuer puis à disparaître en même temps que s'améliorait l'état de l'intestin. Une cure sur place amena la guérison qui ne s'est jamais démentie depuis.

Ces malades ont aujourd'hui vingt-deux ans et vingt-quatre ans, sont mariées et mères d'enfants absolument sains.

Obs. XXXIV (Cautru, *Médecine moderne*, 1895). — *Entérocélite muco-membraneuse chronique compliquée de crises épileptiques*. — L'enfant D..., aujourd'hui âgé de dix ans, est né de parents bien portants, sans tare nerveuse aucune ; le père a eu quelques poussées d'eczéma.

Vers l'âge de sept ans, le petit malade fut pris tout à coup d'accidents caractérisés par des maux de tête accompagnés de vomissements, et quelquefois d'une débâcle intestinale survenant principalement le matin au réveil. Ces accidents persistèrent tels quels, pendant un certain temps, puis les débâcles s'accompagnèrent de véritables attaques épileptiformes. Charcot, Ollivier, Legroux, successivement consultés portèrent le diagnostic d'épilepsie et mirent l'enfant à un rigoureux traitement antinerveux (bromure, valériane, douches, etc.) sans obtenir de résultat. M. Lecorché entendant incidemment parler de cet enfant par une personne de sa famille, qui se lamentait sur l'état de ce petit épileptique incurable, eut l'attention éveillée par les débâcles du matin et conseilla de surveiller les selles. On constata qu'elles contenaient des glaires et des membranes. L'enfant fut mis à l'eau de Châtelguyon, fit une cure sur place, et guérit

rapidement de tous ces symptômes nerveux et intestinaux qui n'ont jamais reparus depuis deux ans.

Obs. XXXV (Cautru, *Médecine moderne*, 15 janvier 1895, résumée et citée par Giffard dans sa thèse). — *Côlite compliquée de chorée*. — G. H..., onze ans.

Rien à noter comme antécédents héréditaires. A trois ans, la malade eut une fièvre typhoïde grave. Depuis elle a eu la coqueluche, compliquée d'otite purulente, aujourd'hui guérie.

Au mois de novembre 1893 elle fut prise, après quelques jours de constipation, d'une série de débâcles avec crise douloureuse dans le ventre, fausses membranes dans les selles et glaires sanguinolentes. Cette première attaque de côlite cessa assez rapidement pour reparaitre en janvier 1894. Depuis cette époque elle eut des alternatives de constipation et de débâcle avec tous les symptômes locaux de la côlite muco-membraneuse.

Le 12 mars 1894 elle fut prise subitement de phénomènes nerveux. Les parents s'aperçurent qu'elle faisait des grimaces, que ses yeux roulaient dans l'orbite d'une façon grotesque. Pendant les repas elle buvait de travers et portait son verre à la bouche de façon saccadée, ou bien ses jambes s'entrechoquaient, remuant à chaque instant la table. Elle faisait entendre de temps en temps une sorte de chantonnement continu insupportable que rien ne pouvait empêcher ni les remontrances, ni les menaces. Enfin elle était en proie à un nervosisme extrême, se mettant à pleurer au moindre reproche.

En même temps elle devint de gaie, intelligente et bonne

élève qu'elle était, triste, nonchalante, paresseuse et incapable d'aucune application au travail. C'est alors qu'on fit le diagnostic de chorée, et qu'on mit la malade au bromure, laissant de côté l'entérite.

En l'examinant nous constatâmes que le ventre était ballonné, dur, sonore à la pression peu douloureuse toutefois. La mère nous dit qu'actuellement encore sa fillette avait des alternatives de diarrhée et de constipation avec poussée de membrane dans les selles au moment des crises. Celles-ci étaient toujours précédées d'une desquamation de la langue qui devenait alors toute rouge et douloureuse, d'un léger mouvement fébrile, puis les peaux apparaissaient dans les garde-robes.

Depuis longtemps l'appétit était mauvais, capricieux, et la digestion plus ou moins pénible.

Les phénomènes choréiques avaient diminué, mais l'enfant était encore sujette à quelques mouvements brusques à des clignements d'yeux et surtout à une sorte de torpeur intellectuelle qui lui donnait l'air hébété et indifférent.

L'enfant était anémiée, pâle et maigrie de plusieurs livres.

Nous conseillâmes à la mère de cesser l'usage du bromure et s'en tenir à un régime sévère composé de viande crue râpée, d'œufs, de poisson bouilli, de purées, de lait coupé d'eau de Châtelguyon en mangeant et entre les repas, et nous y ajoutâmes une petite dose d'huile de ricin à prendre le matin, de façon à procurer chaque jour une selle régulière.

Une amélioration rapide se produisit et les phénomènes nerveux disparurent en peu de temps.

§ 3. — RÉACTIONS CUTANÉES

Au cours des épisodes aiguës des cõlites, il n'est pas rare de voir apparaître diverses réactions cutanées telles que : urticaire, érythèmes et parfois même dans les cas graves du purpura et de l'œdème.

Les érythèmes, au cours des cõlites, ont été signalés par de nombreux auteurs, quelquefois assez intenses pour sembler constituer toute la maladie. Galliard puis Guinon en ont rapporté des cas, et ce dernier écrivait en 1898 : « Au cours de la cõlite aiguë il est commun d'observer des éruptions de type varié ; tantôt il s'agit de petites papules siégeant sur les membres, le ventre, rarement la face, parfois ces papules deviennent vésiculeuses et pustuleuses. » Hutinel, dans son étude sur le choléra sec, a insisté sur la fréquence des érythèmes infectieux polymorphes qui peuvent survenir au cours des entérocolites suraiguës. Enfin, Nobécourt et Prosper Merklen, Martingay dans sa thèse, ont rapporté des cas analogues.

Ces éruptions sont très variables, dans certains cas très discrètes, elles passeraient inaperçues si on ne les recherchait systématiquement ; dans d'autres cas, elles sont plus étendues, prenant tous les caractères des fièvres éruptives. Leur polymorphisme est très remarquable, non seulement d'un individu à

l'autre, mais encore chez le même individu pendant la même crise. On peut, en effet, voir des taches morbiliformes disséminées ou rassemblées en archipels au niveau des fesses, des genoux, des coudes, des poignets, coexister avec de petits papules, ou vésico-pustules siégeant aux mêmes endroits.

Ces taches s'effacent sous la pression du doigt, durent deux ou trois jours et disparaissent laissant à leur place de petits placards bistrés des téguments. Souvent elles réapparaissent, comme par bouffées successives, se localisant dans les mêmes régions ou dans des régions différentes. Dans certains cas, ces taches se multiplient, se propagent en larges plaques envahissant la face, les membres, le tronc, prenant l'aspect d'une éruption scarlatiniforme.

Plus rarement, on voit apparaître de l'urticaire. Ce sont alors de larges placards saillants, prurigineux, plus pâles au centre qu'à la périphérie, qui durent deux ou trois jours et disparaissent.

La desquamation de ces divers érythèmes se fait d'une façon variable, tantôt elle est lamelleuse et par lambeau comme celle de la scarlatine, tantôt fine et furfuracée comme celle de la rougeole. Il est assez facile de distinguer ces éruptions d'origine digestive, de celles des fièvres éruptives. Ces érythèmes sont, en effet, essentiellement polymorphes, pouvant coexister chez un même sujet, en outre, ils sont plus localisés, plus fugaces, avec des reprises successives souvent de caractères différents.

Dans les formes graves, surtout dans celles à répé-

tion, l'irritation du derme peut être suffisamment intense pour qu'on puisse voir apparaître au cou, dans les aisselles, aux aines, des ganglions tuméfiés et douloureux.

Le purpura, chez un enfant cœlitique, peut accompagner les érythèmes ou survenir en dehors d'eux comme l'a observé Guinon. La toxi-infection d'origine intestinale joue alors le rôle de cause occasionnelle chez un sujet dont le foie et les organes hémato-poïétiques sont troublés dans leurs fonctions. En effet, dans la plupart des cas de purpura il y a des signes plus ou moins nets d'insuffisance hépatique, la destruction des substances azotées se fait mal, on trouve de la glycosurie alimentaire. De plus, il y a sans doute des altérations du système nerveux qui entrent en jeu pour régler le siège symétrique des éruptions. Dans le purpura rhumatoïde, il survient de véritables crises intestinales qui marquent le début de la maladie, ces crises pouvant être assez intenses pour faire penser à un étranglement interne, à une appendicite ou à une péritonite. On retrouve là encore, les symptômes généraux graves qui traduisent une irritation du plexus solaire, et quand ils s'accompagnent d'adynamie profonde, d'hypotension marquée, et de troubles du rythme cardiaque, on se trouve en présence d'un véritable syndrome malin qui fait penser à une altération des capsules surrénales.

Le début est variable, l'éruption purpurique paraissant parfois survenir à titre d'épiphénomène au cours

d'une crise de côleite, tandis que dans d'autres cas le purpura est le premier symptôme, les troubles intestinaux étant postérieurs à la poussée éruptive. Dans le premier cas on dit éruption purpurique au cours d'une côleite, dans le second, purpura à crise abdominale, sans qu'il soit possible de dire quel est celui des deux symptômes qui constitue vraiment la maladie. Il semble, en effet, que les troubles intestinaux dans certains cas, le purpura dans d'autres, ne sont que des symptômes qui peuvent apparaître dans un grand nombre de circonstances traduisant l'intolérance et la manière de réagir de l'organisme contre un état toxi-infectieux sans qu'on puisse déterminer la pathogénie réelle de ces accidents.

Dans les cas graves, à rechutes, il importe de tenir le malade au lit et de ne pas le laisser lever de longtemps, la station debout déterminant de nouvelles poussées éruptives. En général ces accidents purpuriques durent quatre à cinq jours, se terminant par des selles diarrhéiques, glaireuses et sanglantes.

La côleite, par ses rechutes fréquentes, peut dans certains cas, en empêchant l'alimentation, apporter un trouble profond à la nutrition et déterminer des altérations fonctionnelles de certains organes. Les enfants pâles et amaigris deviennent bouffis et présentent de l'œdème plus ou moins marqué, parfois même de l'anasarque. La rétention des déchets de la nutrition dans le sang et dans les plasmas interstitiels et l'apparition des œdèmes sont provoquées, ainsi que l'a montré Hutinel, par l'introduction de sel soit

par la bouche, soit en lavement, soit sous forme de sérum artificiel sous la peau. Il suffira donc de supprimer le chlorure de sodium pour voir disparaître ces œdèmes, car cette rétention des chlorures est presque toujours indépendante de lésion rénale ou de troubles circulatoires. Elle semble être surtout sous la dépendance de modifications des tissus par suite du mauvais état de la nutrition et des altérations fonctionnelles du foie et des reins.

La plupart des accidents aigus que nous avons passés en revue se trouvent réunis dans une forme suraiguë de l'entérocolite qui a été décrite pour la première fois, en 1899, par M. le professeur Hutinel, et à laquelle il a donné le nom de choléra sec. Bien qu'elle soit peu fréquente, depuis surtout que l'on sait mieux traiter les côlites et en quelque sorte les prévenir, il est intéressant de la décrire, car elle est comme un résumé des accidents graves que nous avons étudiés. Martingay, dans sa thèse en 1912, en a réuni 5 cas.

Cette forme de côlite aiguë est dominée par ce fait qu'il y a une disproportion évidente entre l'intensité des troubles digestifs et les phénomènes généraux qui peuvent être d'une gravité telle qu'ils donnent l'impression d'un véritable choléra, mais sans diarrhée profuse, d'où le nom de choléra sec. On l'observe surtout au moment des grosses chaleurs de l'été. Ces accidents débutent comme une crise banale de côlite par des vomissements, des douleurs abdominales, de la diarrhée, accompagnés de fièvre et de troubles

légers de la circulation et de la respiration. En général ce n'est pas la première crise de còlite qui revêt cette forme particulièrement grave, le plus souvent l'enfant a été sensibilisé par des atteintes antérieures. Mais au bout de quelques jours, si l'usage du lait a été continué, la maladie change d'aspect et se présente suivant la forme si bien décrite par Hutinel, qui fait penser soit à un empoisonnement, soit à une affection des centres nerveux.

« Les phénomènes intestinaux passent alors au second plan ; ou bien au contraire, les vomissements augmentent de fréquence et l'intolérance gastrique est absolue. D'abord alimentaires, ils deviennent muqueux, verdâtres, porracés ou même striés de sang, ils ont les caractères des vomissements nerveux, toxiques ou péritonéaux. Les selles, toujours peu abondantes, sont muqueuses, vertes ou vert de gris.

» Le facies s'altère, le nez se pince, les yeux s'excellent et s'entourent d'un cercle rouge brun, les lèvres se sèchent et se cyanosent, la langue est collante, les extrémités se refroidissent et deviennent violacées. Le ventre se déprime, le côlon forme corde et le cæcum présente parfois un peu de gargouillement. Pas de douleur au palper. Le foie est gros, sensible ; les urines sont rares, riches en indican, souvent albumineuses. Le pouls s'accélère, devient petit et misérable ou relativement lent et inégal, sans que sa fréquence soit en rapport avec la température ; la tension artérielle s'abaisse et il y a parfois des lipothymies. La respiration est profonde, suspicieuse,

souvent irrégulière. La fièvre est rarement vive ; si l'on se contente de prendre la température axillaire, on note plutôt de l'hypothermie. Le malade fond et maigrit à vue d'œil.

» La peau, pâteuse, blafarde, sans élasticité, se couvre souvent d'érythèmes infectieux, morbili-formes, scarlatiniformes ou polymorphes, les lèvres se fissurent et s'ulcèrent. L'enfant est anxieux, délirant, agité ou, au contraire, lamentablement prostré.

» Les convulsions et les phénomènes méningés ne sont pas rares. Le malade peut succomber ; il guérit cependant dans la plupart des cas, s'il est judicieusement traité ; mais il a été profondément touché ; il reste longtemps anémié, émacié, et difficile à réalimenter. Il est exposé à des rechutes qui peuvent, par leur répétition, le conduire à la cachexie. »

Chez ses sujets, il se produit un véritable empoisonnement d'origine intestinale qui retentit sur tout l'organisme, en particulier sur le système nerveux. Il y a un véritable choc anaphylactique avec probablement altérations fonctionnelles de certaines glandes endocrines et inhibition des glandes surrénales.

OBSERVATIONS

Ce dernier groupe comprend cinq cas de cœlite s'accompagnant des diverses manifestations cutanées que nous venons de décrire.

Obs. XXXVI. — *Côlite s'accompagnant d'éruption érythémateuse.* — M... Georges, âgé de quatre ans, est entré dans le service pour de la fièvre, de la toux et de la constipation.

Ses parents sont bien portants, ils ont quatre enfants. Deux sont bien portants, le troisième est chétif.

Notre petit malade est né à terme, il a été élevé au sein maternel jusqu'à quatre mois, puis au biberon jusqu'à quinze mois. Première dent à un an et demi. Premiers pas à deux ans ; rougeole à deux ans et demi. Scarlatine à trois ans.

Pendant quatre mois, l'enfant a présenté de la gastro-entérite quand il était au biberon. Depuis, il est habituellement constipé.

Il y a une semaine environ que l'enfant a été pris de malaises vagues, avec toux légère et fièvre le soir. Il est plus constipé que d'habitude ; ses selles sont dures, ovillées, noirâtres, couvertes de glaires et très fétides.

Pendant qu'il était dans le service, l'enfant a présenté une éruption érythémateuse qui a envahi la partie antéro-externe des avant-bras et des bras. Elle a disparu en deux jours.

L'enfant avait l'haleine fétide, la langue saburrale, les amygdales anfractueuses.

Le ventre était légèrement ballonné et on sentait des matières dures dans le gros intestin contracté. Mis au traitement des côlites, l'état de l'enfant s'est rapidement amélioré.

Obs. XXXVII. — *Côlite avec éruption morbiliforme et crises de vomissements.* — T... Lucienne, âgée de un an, est

née à terme et a été nourrie au sein jusqu'à cinq mois, puis au biberon. Ses parents sont en bonne santé, elle a un frère qui est bien portant.

Actuellement, elle est nourrie de lait, de potages au lait, d'œufs, de purées de légumes. Elle a eu sa première dent à neuf mois et marché à onze mois.

Depuis l'âge de quatre à cinq mois l'enfant souffre de troubles digestifs. Elle a eu une crise de vomissements et de fièvre qui est survenue après une période de constipation opiniâtre et a duré huit jours.

Il y a quelques jours, nouvelle crise en tout semblable à la première s'accompagnant de vomissements verdâtres et d'abattement très prononcé. Le sommeil était lourd, incomplet, s'accompagnant de cauchemars. Une purgation à l'huile de ricin a amené une selle très fétide contenant des matières dures et ovillées. Les vomissements ne cessant pas, la mère conduit l'enfant à l'hôpital. Au premier examen on constate de nombreux signes de rachitisme : grosses épiphyses, incurvation des diaphyses, chapelet costal, gros ventre. Thorax aplati. Gros crâne. Le foie et la rate sont un peu volumineux.

L'intestin est contracté, le côlon rempli de matières dures, la langue très chargée.

Les selles ne contiennent ni peau ni glaires.

Trois jours après l'entrée de la malade apparaît une éruption formée de macules morbiliformes qui disparaissent sous la pression du doigt et sont disséminées sur les bras, les cuisses et les fesses. Le lendemain, les troubles digestifs diminuant, l'éruption s'efface et disparaît complètement en trois jours.

Obs. XXXVIII. — Célite avec éruption urticarienne. —

J... Henriette, âgée de dix ans, est née d'une mère bien portante et d'un père qui a une maladie de foie. Trois enfants dans la famille.

Née avant terme, elle a été élevée au sein et au biberon chez une nourrice. Elle a marché très tard à trois ans et demi. Jamais malade, elle est cependant toujours constipée. Elle a eu plusieurs poussées de furonculose de un à quatre ans.

La mère amène l'enfant parce qu'elle présente sur le corps une éruption urticarienne. En effet, on constate sur le visage, le thorax et l'abdomen de larges macules à bords surélevés, à contours circinés; aux lèvres, un peu d'herpès. L'enfant, qui avait été très constipée les jours précédents, avait été prise de diarrhée et de vomissements en même temps que l'éruption apparaissait. La langue est saburrale, d'haleine fétide. L'éruption, nette la veille, a disparu au moment de la visite et persiste seulement aux deux pieds. Impétigo au niveau du cuir chevelu.

L'examen de l'abdomen montre un ventre dur, rétracté, douloureux au niveau du côlon, surtout dans la fosse iliaque gauche.

Obs. XXXIX. — Célite chronique avec deux atteintes de purpura. — L... Henri, âgé de onze ans, est admis, salle Bouchut, parce qu'il présente des vomissements, de la fatigue et un mauvais état général. Son père qui était bien portant aurait contracté la syphilis il y a deux ans et contaminé sa femme. Celle-ci est rhumatisante et anémique.

Unique enfant, il est né à terme, après une grossesse normale. Elevé au sein pendant un an, il a marché à onze mois. A trois ans il a eu la coqueluche avec bronchite consécutive ; peu de temps après la rougeole, sans complications.

Il y a six mois, à la suite de troubles digestifs et pendant trois mois, l'enfant aurait eu du purpura avec hémorragies et épistaxis fréquentes. Il aurait également eu des hématuries.

Il y avait deux ans que l'enfant était fatigué ; pendant un certain temps l'état général est bon, puis sans cause appréciable l'anorexie s'installe, le petit malade a des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux ; les gardes-robes sont difficiles et ne se produisent qu'après des lavements répétés. La crise se termine parfois par une débâcle diarrhéique, ou bien l'enfant rend une grande quantité de matières contenant des scybales noirâtres, très fétides.

Au début, on avait pensé que ces troubles répétés étaient sous la dépendance d'un mauvais état du cavum, et l'enfant a été opéré de polypes naso-pharyngiens, mais sans résultat appréciable.

Pendant deux ans ces crises se sont représentées avec des alternatives de bonne et de mauvaise santé, jusqu'en novembre dernier, époque où est apparu le purpura au cours d'une des crises.

Depuis une quinzaine de jours, l'enfant a présenté de nouveau de la céphalée, des vomissements ; la nuit, l'enfant a des cauchemars, il s'agite et dort mal.

A l'examen, l'enfant paraît assez bien constitué, mais pâle, avec des traces d'impétigo sur les bras. On trouve sur les membres inférieurs quelques taches purpuriques légères.

A la palpation, on sent des matières dures dans le côlon et dans le cæcum, qui sont contractés et sensibles à la palpation. Le point appendiculaire est assez net.

La langue est peu chargée. Le foie est un peu gros, la rate est normale.

La température est de 37°6. Les premières selles contiennent quelques glaires sanguinolentes.

Obs. XL. — Cólite. — Éruptions successives de taches purpuriques. — C... Maurice, dix ans, est amené dans le service de M. Hutinel pour des troubles digestifs et une éruption sur les membres inférieurs.

Le père de l'enfant est bien portant, la mère migraineuse, souffre de céphalées nocturnes. Elle a eu trois fausses couches, et sept enfants à terme, dont l'un est mort de méningite.

Notre petit malade a été élevé au sein, il a eu la varicelle et la rougeole. L'an dernier, il a eu une cólite avec constipation, selles dures, enrobées de glaires et de mucus, et accompagnées de vomissements. Il a suivi un régime pendant six mois.

Il y a onze jours, l'enfant a eu des vomissements alimentaires, et s'est plaint de douleurs abdominales assez vives. A ce moment, l'enfant était constipé, et ses matières glaireuses et particulièrement fétides.

Examen, 17 décembre. — Traces légères de rachitisme. Ganglions au cou, aux aisselles, aux aines. Eruption purpurique, papulo-vésiculeuse, sur les membres inférieurs et sur les bras. Ces éléments sont de couleur vineuse et légèrement saillants ; la pression ne les fait pas disparaître.

La langue est saburrale. L'abdomen non météorisé est

douloureux à la palpation. On sent des matières dures dans le côlon qui est rétracté et douloureux, L'haleine est fécaloïde. Rien au poumon, rien au cœur.

La température est à 37°3, l'enfant pèse 23 kgr. 900. On prescrit 6 grammes de sulfate de soude, 3 grammes de chlorure de calcium par jour.

22 décembre. — L'intradermo-réaction a pris un caractère purpurique très net. La plaque est rouge foncé, surelevée, de teinte ecchymotique, la piqure n'a pas fait saigner.

L'éruption purpurique a disparu, il ne reste que quelques éléments dont le caractère purpurique n'est pas très net à la face antérieure du genou.

Les selles d'hier ont été sanglantes, il existait des glaires sanguinolents sur les matières.

La maladie évolue ensuite comme un purpura rhumatoïde à poussées successives s'accompagnant de douleurs articulaires, de selles et d'urines sanglantes. L'enfant sort seulement du service le 7 mars après avoir présenté pendant un mois une polyurie variant de 1 litre à 2 lit. 1/2 et plus.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne pouvant être isolé de chaque forme clinique, nous avons après l'exposé de chacune d'elles fait une part au diagnostic différentiel. C'est, qu'en effet, les formes sous lesquelles se présentent les épisodes aigus des colites sont si nombreuses et si variées qu'elles peuvent simuler une foule d'autres affections qu'il était impossible de réunir et de différencier des réactions coliques dans un chapitre spécial. Mais une question générale se pose pour tous ces cas : Comment reconnaître la même origine colique à des accidents d'apparence si dissemblable ? Nous allons essayer d'indiquer rapidement la marche à suivre pour établir ce diagnostic de réaction colique.

C'est d'abord l'interrogatoire des parents du petit malade qui donne des renseignements précieux sur l'état antérieur de l'intestin. Quelquefois l'enfant a déjà eu des crises semblables qui ont été mises sur le compte d'une indigestion ; peu effrayantes en elles-mêmes et en général courtes leur répétition inquiète cependant. L'enfant est habituellement constipé, ou

bien il a des alternatives de constipation et de diarrhée fétide avec glaires et peaux dans les matières. Quelquefois ces muco-membranes ont pu être prises pour des vers intestinaux, aussi quand les parents disent que leur enfant a des vers, et qu'ils les ont vus, faut-il ne pas se hâter de conclure à leur présence certaine. Un examen sérieux à la loupe ou même à l'œil nu permettra toujours de reconnaître des anneaux de ténia et de les différencier des muco-membranes.

Dans les quelques jours qui ont précédé la crise on a noté une constipation plus opiniâtre, l'appétit a diminué, l'enfant est somnolent et se plaint de céphalée, il a l'haleine mauvaise, la langue blanche, son sommeil est agité. Tous ces petits signes de présomption orientent le diagnostic vers un état intestinal défectueux qui pourrait bien être la cause de la crise.

Quand on est auprès du malade, il est un certain nombre de points de repère qui permettent de porter un diagnostic précis. C'est d'abord le caractère des débâcles qui ne sont pas des diarrhées proprement dites, mais des débâcles pseudo-diarrhéiques ou fausses diarrhées. C'est ensuite l'état de spasme du gros intestin qu'on a appelé la corde colique.

Il importe de bien connaître les caractères de ces fausses diarrhées. M. Mathieu les définit ainsi : « Ce sont des évacuations fécales plus ou moins fréquentes et de type spécial : les matières après avoir été concrétées comme dans la constipation, sont délayées secondairement par un liquide provenant des parties

terminales du gros intestin et qui parfois constitue à lui seul toute la selle ; le transit intestinal est ralenti et l'évacuation retardée, toujours comme dans la constipation. Cette fausse diarrhée peut revêtir trois types différents : alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, fausses diarrhées continues, fausses diarrhées dysentériques. Les premières sont les plus intéressantes et les plus caractéristiques des côlites ; les secondes s'observent plus rarement.

Les débâcles surviennent après une période plus ou moins longue d'une constipation qui s'exagère avant la crise, elles sont constituées par une série de selles abondantes évacuant les matières accumulées dans l'intestin. Au début ces matières sont dures et sèches, puis elles deviennent molles et enfin liquide. Elles peuvent être mélangées, et on peut voir dans la même selle des scybales dures dans un liquide muqueux et glaireux toujours fétide.

L'examen coprologique des matières dures, après trituration dans l'eau, montre peu de débris alimentaires visibles à l'œil nu. Au microscope, on trouve seulement quelques fibres musculaires. La partie liquide de la selle est riche en albumines facilement putrescibles (Schmidt), très riche en chlore, et renferme du mucus, des phosphates ammoniaco-magnésiens. Très riche en microbes, elle est très pauvre en ferments solubles. Ces deux parties de la selle, dure et liquide, présentent toujours une certaine différence dans le degré de digestion des substances alimentaires en faveur de la selle dure. Ces caractères diffé-

rencient la fausse diarrhée des diarrhées vraies qui, ayant peu séjourné dans l'intestin, contiennent de nombreux débris alimentaires non digérés ; tandis qu'au contraire les selles des fausses diarrhées sont constituées par des matières bien digérées qui ont séjournées longtemps dans l'intestin et ont été délayées secondairement dans la période qui précède la débâcle.

Le spasme colique et la douleur doivent être recherchés avec soin par une palpation douce et progressive. Cet état de contracture du gros intestin est surtout fréquent au niveau du côlon descendant qui par sa puissante musculature est plus prédisposé au spasme. On sent comme une corde plus ou moins dure et régulière, qui roule sous la main dans la fosse iliaque gauche. Cet état de spasme peut être retrouvé sur toute la longueur du gros intestin qui peut être contracturé en totalité, ou bien en parties alternant avec des zones de relâchement. Assez souvent le cæcum est dilaté, dur et contractile, donnant l'impression du lutter pour faire progresser les matières à travers les parties sous-jacentes du tube intestinal. En même temps cette palpation provoque de la douleur au niveau des fosses iliaques plus fréquemment à gauche qu'à droite.

Ces signes locaux joints aux petits signes que nous avons signalés au début et que nous avons appelés prémonitoire, permettent de faire le diagnostic de cœlite et d'attribuer à leur véritable cause ces réactions si variées.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

On peut dire qu'en général, malgré une symptomatologie parfois bruyante, le pronostic de ces accidents est bénin. Si un traitement judicieux est appliqué, ils sont de courte durée et les phénomènes généraux disparaissent rapidement, laissant l'enfant affaibli et amaigri, mais somme toute plus entrain qu'avant la crise. Ces épisodes aigus sont le plus souvent plus inquiétants que graves, par suite de l'intensité des phénomènes généraux, de l'abattement et de l'état d'angoisse dans lequel se trouvent parfois les enfants. Cet état d'inquiétude du petit malade, de sa famille et du médecin lui-même, est surtout marqué à l'occasion de la première crise ; lors des crises ultérieures il s'atténue, car on sait l'origine exacte des accidents et l'évolution heureuse des crises antérieures.

Cependant si dans les observations que nous rapportons, il n'est pas d'accidents mortels, il en a été signalé un certain nombre de cas. Les crises de cœlite les plus graves, parmi celles que nous avons rapportées sont tout d'abord le choléra sec, sur cinq

cas cités par Martingay dans sa thèse, trois ont eu une terminaison fatale. De même dans les cas qui semblent relever de phénomènes anaphylactiques, surtout si on continue à donner l'aliment contre lequel l'enfant est sensibilisé la maladie peut évoluer vers une issue fatale. D'autre part, les enfants atteints de còlite, à l'occasion d'une maladie infectieuse quelconque, rougeole, scarlatine, diphtérie, peuvent présenter des crises de còlite particulièrement graves. Cependant il faut bien considérer que ces cas sont rares, et que vu la quantité d'enfants atteints de còlite les cas fatals sont l'infime minorité.

Si le pronostic de la crise aiguë, en elle-même, est généralement bénin, il n'en est pas de même du pronostic ultérieur. La còlite, en effet, est tenace, rebelle au traitement, surtout quand celui-ci a été appliqué d'une façon tardive. Le régime est difficile à faire suivre rigoureusement aux enfants qui mangent en cachette des aliments défendus, provoquant des accidents aigus qui entretiennent la còlite. Si les crises sont graves et fréquentes, l'enfant maigrit à chaque rechute, et arrive péniblement à récupérer entre deux crises le poids qu'il a perdu. L'état défectueux de l'alimentation retentit fâcheusement sur l'état général et sur la nutrition de ces petits malades. Aussi sont-ils maigres, pâles, chétifs, de taille et de poids inférieurs à leur âge. Ce sont des hypotrophiques qui peuvent s'acheminer vers la cachexie, surtout si le régime est mal suivi ou mal

dirigé. Au contraire, si le traitement est bien conduit et le régime exactement suivi on peut assister à de véritables résurrections. Nous avons pu voir ainsi un enfant de cinq ans qui était dans un état lamentable de cachexie. On le croyait tuberculeux et il était soumis à un régime de suralimentation qu'il supportait très mal, car il vomissait fréquemment ; il présentait, en outre, des selles diarrhéiques et fétides qui duraient depuis longtemps déjà. Dans ces antécédents on relevait tous les signes d'une cœlite rebelle avec débâcles et crises aiguës fréquentes. Mis au régime des cœlites et à la solution de Bourget, l'enfant voyait ses fonctions intestinales se régulariser peu à peu et ses forces revenir. En un mois, il prenait près de 2 kilos et était méconnaissable.

La disparition des crises est subordonnée à la guérison de la cœlite. Aussi doit-on traiter cette dernière dès qu'elle est reconnue, car plus elle est récente plus elle est curable. Mal soignée, elle est indéfinie. Ces enfants devenant dyspeptiques et neurasthéniques quand ils ont l'âge adulte, restant toujours maigres et chétifs.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Beaucoup de médications ont donné de bons résultats et nous ne saurions ici les rapporter toutes. Dans tous les cas, le traitement doit-être basé sur les deux indications générales suivantes :

1^o Traiter les accidents aigus.

2^o Empêcher ces accidents de se reproduire.

Cette seconde partie de la tâche est certainement de beaucoup la plus difficile et la plus longue ; et on peut appliquer aux enfants ce que M. Lyon a dit de l'adulte : « ces malades ne guérissent jamais qu'à la condition de ne se croire jamais guéri ».

Pendant les accidents aigus. — Il faut avant tout éviter d'introduire dans le tube digestif de nouvelles substances qui, en arrivant dans l'intestin, y soient une cause d'irritation ou de fermentations nuisibles. Au début, quand les vomissements sont répétés, le mieux est de suspendre toute alimentation ou toute boisson et de ne tolérer que quelques gorgées d'eau glacée de loin en loin. Dans tous les autres cas, il faut instituer la diète hydrique. Si les vomissements font défaut, on donne par petites quantités de l'eau

bouillie, de l'eau d'Evian ou de Thonon, de l'eau d'Alet, de Vals ou de Vichy ; ou bien la solution de Heim et John, qui contient 5 grammes de bicarbonate de soude, et 5 grammes de chlorure de sodium par litre d'eau. Ces eaux peuvent être données chaudes ou froides. On peut encore avoir recours à des infusions, à du thé peu sucré si l'enfant est abattu, plus tard à de l'eau lactosée. La diète hydrique est la clef du traitement, elle doit-êtré continuée deux, quatre, six jours suivant que les signes généraux s'amendent ou persistent.

Afin de hâter l'élimination des produits nocifs qui déversent leurs poisons dans le sang, il faut débarrasser l'estomac et l'intestin de leur contenu. Pour cela on peut donner un lavement avec un mucilage et non avec de l'eau bouillie qui, n'étant pas isotonique, décape la muqueuse du colon favorisant ainsi la résorption des produits infectieux. Il faut se servir de décoctions de racine de guimauve, de camomille ou de graine de lin ; ou bien encore, de la solution de chlorure de sodium à 7,5 0/00. Les lavements antiseptiques ne doivent être employés qu'avec prudence car ils sont pour la plupart toxiques et donnent des accidents. Cependant si les selles sont particulièrement putrides, on peut se servir d'hypo-sulfite de soude à 50 0/00 de borate de soude à 20 0/00 ou de la solution de Roger :

Eau oxygénée médicinale.	50-100 gr.
Chlorure de sodium.....	5

Phosphate de soude.....	3
Bicarbonate de soude.....	50 gr. 50
Eau bouillie.....	1.000

Il ne faut pas abuser des lavages d'intestin qui distendent le colon forcent sa musculature et favorisent la constipation ultérieure. On a essayé de modifier la muqueuse intestinale par de petits lavements de nitrate d'argent à 0 gr. 20 0/00 ou de permanganate de potasse à 1 0/00. Il faut leur préférer l'ipéca, en lavements de 1-2 gr. suivant l'âge infusé dans 250 grammes d'eau bouillante. Si la douleur est très vive, donner de tous petits lavements de sérum (10-20 gr.) avec une à trois gouttes de laudanum.

Les lavages d'estomac sont rarement employés dans les colites, les indications en sont très restreintes. Ils sont cependant nécessaires : quand l'enfant vient d'ingérer du lait et que celui-ci lui est nuisible ; quand il y a stagnation d'aliments par spasme pylorique.

Bien souvent les lavages et les lavements ne suffisent pas à débarrasser l'intestin de son contenu, on a alors recours aux laxatifs et aux purgatifs. Le calomel donne quelquefois d'excellents résultats. Cependant ce médicament doit être utilisé avec prudence ; tous les vieux médecins s'en méfient car il provoque des accidents. Dans les cas de diarrhée avec selles putrides peu glaireuses et dépourvues de sang, il donne de très bons résultats, mais dans d'autres cas, il semble agir d'une façon élective sur la muqueuse

intestinale irritée et provoquer des selles muqueuses et sanglantes. Dans tous les cas, une petite dose d'huile de ricin est bien préférable. Mais pour Aviraguet, pour Bourget, le sulfate de soude donne des effets remarquables surtout quand il est employé à petites doses. On donne le premier jour 5 à 10 gr. de sulfate de soude, puis 1 gramme à 1 gr. 50 suivant l'âge pendant quelques jours. La magnésie est moins indiquée. L'ipéca pourra être utilisé en infusions, 0 gr. 20 à 0,80 infusé dans 200 grammes d'eau, dont on donnera une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Cette infusion améliore rapidement les accidents dysentériques.

Les antiseptiques sont peu indiqués à cette période; les uns, acide borique, borate de soude sont digérés bien avant d'arriver aux matières qu'ils doivent désinfecter ; les autres, antiseptiques insolubles : benzo-naphtol, benzoate de bismuth arrivent trop tard dans les accidents aigus, il faut les employer plus tard. L'acide lactique en limonade à 5 0/00 est un assez bon médicament, mais n'enraye pas les accidents aigus.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup préconisé les ferments lactiques et paralactiques, on peut les prescrire quand les matières fécales sont fétides, mais ils sont surtout indiqués au moment de la réalimentation, ils sont peu utiles pendant les accidents aigus.

Quand la fièvre est modérée, ou quand il y a des accidents nerveux, il faut employer les bains tièdes (30°-35°) ou chauds (38°) qui calment et révulsent la

périphérie. Parfois, quand la fièvre est très élevée, il faut employer les bains frais (28°-30°) progressivement refroidis.

Pour calmer les douleurs abdominales, les compresses humides et chaudes, ainsi que les cataplasmes donnent d'excellents résultats. S'il y a des vomissements, des menaces d'appendicite, une vessie de glace est plus indiquée, S'il y a des vertiges, de l'arythmie, des tendances au collapsus, il faut faire des injections d'huile camphrée, de caféine ou de sérum caféiné. Si la dépression des forces est très marquée, l'hypotension considérable, l'extrait de capsules surrénale ou l'adrénaline (8, 10 gouttes suivant l'âge) seront employés pour lutter contre l'insuffisance surrénale. Dans quelques cas exceptionnels, où il y a constriction des vaisseaux, où les extrémités sont froides, la trinitrine et le nitrite d'amyle pourront être donnés mais avec prudence. Le bromure trouvera ses indications dans les convulsions, les cauchemars, l'agitation nocturne (0,60, 1 gr. 50).

Réalimentation. — En général on a une amélioration rapide et le problème de la réalimentation se pose, d'autant plus difficile à résoudre que l'enfant est plus jeune. Les aliments doivent être choisis parmi ceux qui seront le moins irritants pour l'intestin et donneront le moins de produits toxiques; d'autre part, la nutrition générale a besoin d'être soutenue d'une façon toute spéciale et réclame impérieusement après la crise une nourriture réparatrice.

On s'adressera avant tout aux hydrates de carbone qui répondent le mieux à ces diverses préoccupations. L'eau lactosée à 0,40 de lactose par litre d'eau, le bouillon de légumes, les décoctions de féculents (tisane d'Hippocrate, eau d'orge, eau de riz, eau pannée) seront d'abord données. On permettra ensuite les potages, les bouillies à l'eau légères, les purées, les pâtes, les fruits cuits. Peu à peu on augmentera les quantités permises. Le plus difficile est de faire tolérer le lait, l'enfant qui a eu des troubles gastro-intestinaux, le supportant en général très mal. Au début, il faut le faire prendre incorporé aux purées, ou bien sous forme de babeurre, de képhir de yogourth suivant les sujets. On arrivera ainsi progressivement à permettre la viande, les œufs, le beurre, mais toujours en petite proportion, l'alimentation devant se composer surtout de pâtes, de purées, de légumes et de fruits cuits.

Toutes les crises n'exigent pas d'ailleurs, les mêmes précautions surtout quand les enfants sont déjà grands. La diète hydrique peut, dans certains cas, n'être pas nécessaire, comme dans d'autres elle doit être prolongée plusieurs jours. Dans les crises qui ne sont pas imputables à des fautes de régime, ou dans celles qui surviennent comme complications de maladies infectieuses, les enfants peuvent être alimentés dès que la crise aiguë est terminée.

Dans l'intervalle des crises. — Quand la crise est terminée, il faut par des soins attentifs et une série

de précautions prémunir l'enfant contre le retour de pareils accidents.

Quelques enfants sont comme sensibilisés, ils ont de l'hypérexcitabilité de leur plexus solaire ; il faut diminuer cette sensibilité. Pour cela appliquer sur le ventre, le matin au réveil ou le soir, une compresse humide froide qui en faisant d'abord contracter, puis dilater les vaisseaux, émousse l'hypéresthésie du système nerveux. Ces applications doivent être continuées pendant des semaines et reprises dès qu'une nouvelle crise se prépare. Les massages sont à conseiller dans certains cas. L'électrisation, qui donne de bons résultats chez l'adulte, est peu efficace chez l'enfant et n'est pas sans inconvénients.

La constipation doit être combattue par tous les moyens, il faut viser à rendre actif l'intestin paresseux. Bien souvent, nous avons vu que cette stase fécale accompagnée d'atonie ou de contracture de l'intestin, ces évacuations intermittentes avec complications infectieuses et toxiques étaient sous la dépendance de l'insuffisance du foie qui souffre lui-même de ces troubles digestifs. Il faudra donc pour rétablir l'état normal, c'est-à-dire une digestion, une assimilation et une nutrition régulière, rétablir les fonctions du foie, c'est ce que plusieurs traitements se sont efforcés de réaliser. Quand l'haleine est chargée, la langue saburrale, les selles décolorées et fétides, on peut alors prescrire les eaux de Vichy, de Carlsbad ou bien la solution de Bourget d'après la formule d'Hutinel :

Sulfate de soude.....	10 grammes
Phosphate de soude.....	4 —
Bicarbonate de soude....	3 à 4 —
Eau.....	1 litre

On donne un verre à madère de cette solution avant les repas.

Ou bien encore on peut donner dans ces cas, la teinture d'ipéca à dose lentement progressive comme vient de le préconiser Rousseau-Saint-Philippe. On commence par une goutte matin et soir dans une cuillerée à café d'eau sucrée, une demi-heure à une heure avant chacun des deux principaux repas. On augmente d'une goutte matin et soir jusqu'à ce qu'on ait atteint, suivant l'âge, cinq à vingt gouttes par dose. Sous l'influence de ce traitement tous les troubles disparaîtront, la constipation cède peu à peu, par suite de la régularisation des fonctions du foie.

Les lavements sont très mauvais, car ils distendent et paralysent l'intestin, le rendant plus atone. L'huile de ricin, l'huile d'olive, les petits laxatifs agissent bien, mais habituent l'intestin à n'évacuer son contenu que sous l'influence de leur action. Les purgatifs mécaniques, graine de lin, psyllium, agar, peu irritants ne sont pas à dédaigner et donnent de bons résultats. Les petits lavements d'huile (60 à 70 gr.) portés assez haut avec une sonde molle, avec positions successives de l'enfant sur les côtés, le dos et le ventre, peuvent diminuer peu à peu la constipation. L'huile employée, d'olive

ou d'amandes douces, doit être de très bonne qualité et très pure, chauffée à 37 degrés; si l'huile fermente, on peut la remplacer par l'huile de vaseline additionnée de paraffine pour l'épaissir.

Le régime est le point principal du traitement, de lui presque seul dépend la guérison. Nous avons vu ce qu'il devait être, bien dirigée et pas trop sévère car l'enfant grandit et doit trouver dans son alimentation les matériaux nécessaires à son entretien et à sa croissance. Souvent la périodicité des crises a été constatée, il faudra donc surveiller l'enfant : s'il est un peu déprimé, s'il a la langue sale et l'haleine mauvaise, si ses selles sont putrides, une crise se prépare; il faut le mettre à la diète et évacuer l'intestin par un purgatif et un lavement.

Dans beaucoup de cas ces enfants bénéficieront d'une cure thermale à Vichy, ces troubles étant sous la dépendance d'une insuffisance hépatique.

Quand il y a de l'appendicite chronique avec sensibilité persistante de la fosse iliaque droite, l'ablation de l'appendice s'impose, car sa présence entretient la còlite.

Tous ces enfants bénéficieront de la vie à la campagne. Quant à la mer, elle peut être nuisible. Certains enfants étant constipés dès qu'ils y sont installés.

Ces enfants dont l'intestin fonctionne mal seront envoyés, autant qu'il se pourra dans les stations thermales. Qu'il nous soit permis d'invoquer encore une fois la grande autorité de M. le professeur

Hutinel, et de rapporter la fin de la clinique qu'il consacrait au traitement des côlites chez l'enfant. Bien souvent ces cures d'eaux minérales donnent des résultats merveilleux, et tel enfant qui, jusque-là avait été rebelle à toute thérapeutique en revient guéri. Mais il faut bien savoir que lorsqu'on soupçonne une appendicite, il faut s'abstenir, car on a vu des accidents aigus graves survenir à l'occasion d'une de ces cures.

Châtel-Guyon est particulièrement efficace dans les formes avec constipation permanente. Ses eaux chlorurées, magnésiennes, contenant en outre une certaine quantité de fer, régularisent les fonctions intestinales et régénèrent ces enfants dont beaucoup sont anémiques. En général après dix jours de traitement, il y a une phase d'intolérance qui dure peu, tout s'arrange et ceux-là bénéficient le plus de leur cure qui auront subi cette crise. Nous avons demandé à ce sujet des renseignements au Dr Conchon (de Châtel-Guyon) ; il pense que cette crise qui survient dans un tiers des cas environ, est due non au traitement, mais bien plutôt, au changement de régime ou encore « aux influences atmosphériques telles que les orages de juillet et d'août. » Il a vu « jusqu'à quatre enfants avoir une rechute dans la même journée orageuse. » Le traitement consiste en bains à eau courante de dix-quinze minutes. L'eau se perd par doses de 50 à 250 grammes suivant l'âge. Cette eau sera également prescrite avec profit dans l'intervalle des cures faites à la source même, à la dose

de un demi ou un verre pris une demi-heure avant les repas pendant quinze à vingt jours.

Plombières est surtout indiquée dans les formes douloureuses, spasmodiques, chez les fils de rhumatisants constipés. A Luxeuil, on enverra les enfants de familles souffrant d'affections génito-urinaires.

Mais dans tous les cas, il faut avertir les parents de la longueur et de la tenacité de la còlite, qui nécessitera un traitement de longue durée, ces enfants devant être surveillés attentivement de manière à prévenir les crises qui entretiennent en quelque sorte la maladie. C'est cette surveillance attentive de tous les jours, le régime scrupuleusement appliqué sous la surveillance de médecins toujours présents, qui est pour une bonne part dans le succès des maisons de régime qui ont donné d'excellents résultats.

CONCLUSIONS

Au cours de l'évolution des colites de l'enfance, on observe souvent des accidents aigus qui sont très variables. Surtout fréquents à partir de la fin de la deuxième année jusqu'à cinq à six ans, c'est à cette époque qu'ils sont le plus caractéristiques. De six à quinze ans, ils se rapprochent peu à peu des accidents aigus qu'on observe chez l'adulte. Chez celui-ci les phénomènes nerveux prédominent; chez l'enfant au contraire les phénomènes généraux d'ordre toxi-infectieux prennent rapidement une importance prépondérante, et souvent une grande gravité.

Ces accidents aigus surviennent chez des enfants prédisposés du fait de leur hérédité neuro-arthritique. Ces enfants sont presque toujours des constipés, dont l'intestin, plus ou moins lésé par la colite, permet l'absorption et le passage dans la circulation des produits toxi-infectieux contenus dans les matières stagnantes. Cet état de toxi-infection permanent retentit, non seulement sur le fonctionnement des organes digestifs et, en particulier du foie, mais

encore sur la sensibilité du plexus solaire et dans quelques cas graves sur les glandes vasculaires sanguines, en particulier sur les surrénales.

Les accidents les plus graves se produisent en général après plusieurs crises ; les premières sensibilisant l'organisme et le préparant à des infections plus menaçantes, et à des réactions plus graves où l'anaphylaxie doit jouer un rôle encore mal déterminé.

Ces accidents, éclatant sans cause appréciable, affectent parfois une périodicité singulière, qui semble être en rapport avec une inhibition progressive du foie qui, se chargeant peu à peu de poisons, ne peut pas jouer son rôle de barrière vis-à-vis des produits toxiques d'origine intestinale.

Les formes sous lesquelles se présentent ces épisodes aigus sont très nombreuses. Nous les avons divisées en trois groupes. Ce sont :

1° Des crises typiques dont l'origine intestinale, facilement reconnue, est nettement démontrée : crise à forme d'indigestion simple, crise à forme de vomissements paroxystiques, crise pseudo-appendiculaire, crise à forme typhoïde.

2° Des crises où les manifestations nerveuses prédominent, les accidents intestinaux qui en sont l'origine passant au second plan : crises syncopales, crises frustes s'accompagnant de céphalée, de cauchemars, crises s'accompagnant de réactions méningées, crises convulsives, crises épileptiformes.

3° Des crises avec manifestations cutanées

diverses : érythèmes polymorphes, urticaire, purpura.

Le pronostic immédiat de la crise aiguë est le plus généralement bénin, avec quelques réserves dans les formes suraiguës où les accidents d'anaphylaxie et les lésions des surrénales semblent marquées. Le pronostic ultérieur est moins bon, surtout quand les crises se répètent ; les enfants sont amaigris, chétifs, hypotrophiques, parfois même cachectiques.

Le diagnostic de l'origine colique d'épisodes aigus si différents se fonde sur :

1° L'existence de petits signes prémonitoires et surtout d'une constipation qui s'exagère avant la crise ;

2° L'existence d'une débâcle pseudo-diarrhéique et d'un état de spasme douloureux du côlon mis en évidence par la palpation ;

3° L'efficacité du traitement de la cœlite qui guérit rapidement la crise et supprime celles-ci quand le bon fonctionnement de l'intestin est rétabli.

Le traitement de la crise doit reposer sur ces deux indications :

1° Traiter les accidents aigus.

2° Prévenir le retour de ces accidents.

Le traitement des accidents aigus doit, dans tous les cas, reposer sur la diète hydrique et sur l'évacuation du contenu du tube digestif. Dans les formes spéciales : traitement symptomatique.

Pour prévenir les accidents, il faut traiter la cœlite et combattre la constipation. Les cures thermales,

Plombières dans des cas déterminés, Chatel-Guyon le plus souvent, donnent d'excellents résultats même chez des enfants où toute thérapeutique avait jusqu'à échoué.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUSSET. — Les vomissements périodiques de l'enfance, leur parenté avec l'entéro-colite (Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris, 1905).
- AVIRAGNET. — Des côlites aiguës muqueuses et dysentériques chez l'enfant, leur traitement par le sulfate de soude (Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris, nov. 1900).
- Des troubles digestifs liés à la rhino-pharyngite et à l'amygdalite (Archives de méd. des enfants, février 1900).
- BEYRAUD (A.). — Les terreurs nocturnes chez l'enfant. Thèse de Paris, 1901.
- BROCA. — Appendicite et embarras gastrique fébrile (Rev. mens. des mal. de l'enfance 1902, p. 529).
- CALMELS (Jean). — La colite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1897.
- CARON DE LA CARRIÈRE. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse (Journ. de Méd. de Paris, 1898).
- CAUTRU. — Complications nerveuses de l'entéro-colite muco-membraneuse (Médecine moderne, 1895).
- CHARCOT et BOUGHARD. — Entéro-colite muco-membraneuse (Mathien, Traité de médecine).
- COMBE. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse.
- COMBY. — Entérite muco-membraneuse chez l'enfant (Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 12 mars 1897).
- Entérite et appendicite chez l'enfant (Bull. de la

Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1906) (Archives de médecine des enfants, t. X, p. 193).

- Sur les vomissements cycliques (Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris, 1906).

DESCUBES. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite dysentérique de la première enfance. Thèse de Paris, 1912.

DIEULAFOY. — Appendicite. Péritonites appendiculaires (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1896-1897).

DUCLOS. — De l'origine intestinale de la chorée. Thèse de Paris, 1887.

FEYAT. — De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Thèse de Lyon, 1890.

FROUSSARD. — L'entéro-colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1900.

GALLIARD. — Erythème infectieux compliquant une colite muco-membraneuse aiguë (Bull. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 5 mars 1897).

GIFFARD. — De l'entéro-colite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1903.

GUINON. — Les formes de la colite chez l'enfant (Rev. mensuelle des maladies de l'enfance, t. XVI, 1898).

- Entérite et appendicite chez l'enfant (Bull. de la Société médicale des Hôp. de Paris, 13 juillet 1906, et Revue mensuelle des maladies de l'enfance, t. XXIX, p. 337, 1906).

- Des relations des entéro-colites avec les adénoïdites chez l'enfant (Bull. de la Soc. de pédiatrie, 1906).

HUTINEL (V.). — Cystites colibacillaires chez les enfants (Presse médicale, 18 novembre 1896).

- Entéro-colites aiguës avec accidents graves chez les enfants (choléra sec) (Semaine méd., 25 janvier 1899)
- L'Anasarque dans les entéro-côlites graves des jeunes enfants (Rev. mens. des maladies de l'enfance, 1904).

HUTINEL (V.). — Réactions méningées dans les érythèmes chez les enfants (Presse médicale, 24 mars 1909).

— Côlites et fièvre typhoïde chez l'enfant (La Clinique, 21 avril 1911).

— Érythèmes avec syndrome malin dans les maladies infectieuses (Presse médicale, 13 mars 1912).

— Réactions méningées et auto-intoxications (La Pédiatrie pratique, 5 juillet 1912).

— Épisodes aigus au cours des côlites. Étiologie et pathogénie (Bulletin médical, 19 avril 1913).

— Formes cliniques, 14 mai 1913.

HUTINEL et NOBÉCOURT — Affections gastro-intestinales des nourrissons. Vomissements périodiques avec acétonémie. Côlites, in Hutinel (Les Maladies des enfants, 1909, t. III).

— Des côlites aiguës chez les enfants. Rapport présenté au XIII^e Congrès de Médecine. Paris, 13-16 octobre 1912 (publié dans les Archives de médecine des enfants, t. XVI, n° 3, mars 1913).

HUTINEL et THIERCELIN. — Dyspepsie et diarrhée chez les enfants. Dyspepsie et entérites infantiles, in Brouardel-Gilbert (Traité de médecine et thérapeutique, 1^{re} éd., t. IV, 1895, 2^e éd., 1907).

LANGENHAGEN (DE). — Entéro-colite muco-membraneuse. Symptômes. Complications. Étiologie et traitement, 1899.

LENORMAND. — Les Côlites aiguës (Presse médicale, 10 fév. 1912, n° 12, p. 126).

LEROUX (Charles). — Tétanie au cours d'une entéro-colite aiguë (Arch. de méd. des enfants, t. IV, p. 97. 1901).

LYON. — L'Entérite muco-membraneuse. Paris, 1900.

MAKFAN. — Les Vomissements avec acétonémie chez les enfants (Arch. de méd. des enfants, t. IV, p. 641, 1901).

— Sur les vomissements cycliques (Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 18 décembre 1906, p. 435).

- MARTINGAY (André). — Entéro-colites toxiques suraiguës de la seconde enfance. Thèse de Paris, 1912.
- MATHIEU. — Réactions coliques chez l'adulte et chez l'enfant (Archives des Mal. du tube digestif, 1913).
- Les Réactions coliques (Gazette des Hôpitaux, 1^{er} avril 1913).
- MATHIEU (A.) et MILLON (H.). — Étude sur quelques formes de réactions coliques (Arch. des Mal. de l'appareil digestif, nov. 1909).
- MATHIEU et ROUX. — Abus du lavage de l'intestin dans l'entéro-côlite muco-membraneuse (Gazette des Hôpitaux, 1903).
- MARRE (L.). — Les Réactions générales d'origine colique. Thèse de Paris, 1910.
- MÉRY. — Sur les vomissements cycliques (Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1906, p. 439).
- MILLON (H.) et MARRE (L.). — Les Pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique (Arch. des Mal. de l'appareil digestif, 1910).
- MIRAILLÉ. — Des accidents nerveux de l'entéro-côlite muco-membraneuse infantile (Arch. des Mal. du tube digestif, mars 1907).
- NOBÉCOURT. — Recherches sur la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants. Thèse de Paris, 1899 et Semaine médicale, 17 mai 1899.
- Étude sur les streptocoques de l'intestin des jeunes enfants à l'état normal et à l'état pathologique (Journal de physiol. et pathol. gén., nov. 1903).
- Côlites (Précis de médecine infantile, 1^{re} éd., 1907 et 2^e éd., 1912).
- Les Accidents abdominaux au cours des purpuras (Journal de médecine de Paris, 30 avril 1910).
- NOBÉCOURT et MERKLEN (Pwosper). — Du rôle du streptocoque et des altérations hépatiques dans la production de certains érythèmes infectieux (Rev. mens. des mal. de l'enfance, juillet 1901).
- NOBÉCOURT et VOISIN (Roger). — Fièvre typhoïde et entérite

chez le nourrisson (Rev. mens. des mal. de l'enfance, janvier 1903).

POTAIN. — De la còlite chronique (Semaine médicale, 1887).

POUGET. — L'Élimination des microbes par la paroi intestinale (Presse médicale, 17 déc. 1910).

RÉNON (Louis). — Névrite toxique du pneumogastrique au cours d'une entéro-colite aiguë (Bull. et mém. de la Soc. de méd. des Hôp. de Paris, 5 mai 1899).

RILLET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2^e éd., 1853, t. I.

RILLET, BARTHEZ et SANNÉ. — Entéro-colite aiguë, 3^e édit., 1887, t. II.

ROUX (J.) et JOSSEMAND. — Des relations des entéro-colites aiguës avec les adénoïdites chez l'enfant (Revue mensuelle des mal. de l'enfance, t. XXIV, p. 351, août 1906).

ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE. — Du traitement de l'entéro-colite dysentérieforme des enfants par la poudre de Guarana (Bulletin médical, 6 juin 1900).

— Remarquables effets de l'ipéca à toutes petites doses dans certains troubles digestifs tenaces de l'enfance (La Pédiatrie pratique, 5 avril 1913).

TRIBOULET. — A propos de certains détails d'étiologie de l'entérite muqueuse ou membraneuse chez les enfants (Archives de médecine des enfants, t. I, 1898, p. 129).

— Pneumococcie et réactions intestinales (La Clinique, 21 mars 1913).

— De la recherche du sang dans les selles en pathologie intestinale (Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 21 décembre 1909, p. 529).

TRIBOULET et RIBADEAU-DUMAS. — Diarrhées et éliminations toxi-infectieuses par la muqueuse de l'intestin (Compte rendu de la Société de Biologie, t. LXVII, p. 638, 4 décembre 1909).

VOISIN. — Des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
I. — DÉFINITION ET HISTORIQUE.....	13
II. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.....	19
Rôle de l'hérédité.....	20
Phénomènes vasculaires et réflexes.....	21
Phénomènes toxiques et infectieux.....	23
Conditions adjuvantes : maladies intercurrentes, intolérance et anaphylaxie, constipation, état des glandes annexes du tube digestif.....	25
III. — FORMES CLINIQUES.....	39
§ 1. — <i>Épisodes aigus dont l'origine facilement démontrée est liée à une irritation du gros intestin</i>	44
A. — Crise aiguë type chez un enfant atteint de côlite.....	45
B. — Crises à forme d'indigestion simple.....	53
C. — Crises à forme de vomissements paroxys- tiques.....	56
D. — Crises pseudo-appendiculaires.....	60
E. — Crises aiguës à forme typhoïde.....	64
§ 2. — <i>Accidents nerveux au cours des côlites</i>	89
A. — Crises syncopales.....	91
B. — Crises frustes s'accompagnant de céphalée, cauchemars.....	94
C. — Crises aiguës s'accompagnant de réactions méningées.....	95

D. — Crises convulsives.....	98
E. — Crises épileptiformes.....	98
§ 3. — <i>Accidents cutanés</i> : érythèmes polymorphes, urticaire, purpura.....	120
IV. — DIAGNOSTIC.....	133
Points de repères pour établir l'origine colique de ces accidents aigus.....	133
V. — PRONOSTIC.....	137
VI. — TRAITEMENT.....	140
Pendant la crise.....	140
Après la crise : réalimentation.....	144
Dans l'intervalle des crises.....	145
CONCLUSIONS.....	151
BIBLIOGRAPHIE.....	155

416



TOURS, IMP. E. ARRAULT ET C^{ie}
